

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ADRIANA ROESE

**FLUXOS E ACESSO DOS USUÁRIOS A SERVIÇOS DE SAÚDE DE
MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS**

Porto Alegre

2005

ADRIANA ROESE

**FLUXOS E ACESSO DOS USUÁRIOS A SERVIÇOS DE SAÚDE DE
MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS**

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2005

R718f Roese, Adriana

Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS / Adriana Roese ; orient. Tatiana Engel Gerhardt. – Porto Alegre, 2005.
193 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumos em Português, Espanhol e Inglês.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Serviços de saúde : utilização. 3. SUS (BR). 4. Regionalização: Rio Grande do Sul. 5. População urbana : Camaquã, RS. 6. Política de saúde. I. Gerhardt., Tatiana Engel. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 711
NLM – WA 540.1

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

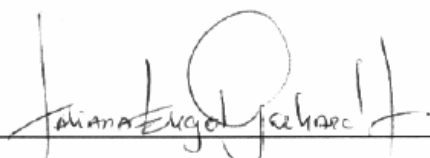
ADRIANA ROESE

**FLUXOS E ACESSO DOS USUÁRIOS A SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS**

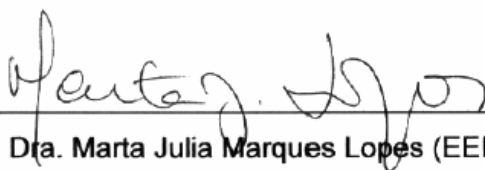
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em Porto Alegre, em 07 de abril de 2005.

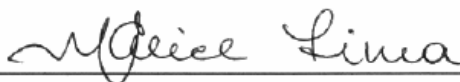
BANCA EXAMINADORA



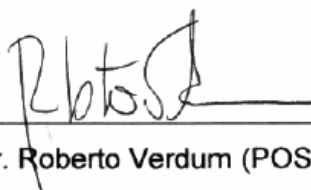
Prof. Dra. Tatiana Engel Gerhardt (Presidente)



Prof. Dra. Marta Julia Marques Lopes (EENF/UFRGS)



Prof. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (EENF/UFRGS)



Prof. Dr. Roberto Verdum (POSGEA/UFRGS)

Dedico este trabalho aos brasileiros que lutam pelo direito de ver concretizado o Sistema Único de Saúde proposto pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul que oportunizou um ensino público, gratuito e de qualidade, na graduação e na pós-graduação. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Mestrado e incentivo a evento. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo apoio financeiro durante a coleta de dados da pesquisa. Ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem pela confiança e pela oportunidade de concretizar um ideal de vida. À Escola de Enfermagem pela acolhida e disponibilização da estrutura física. Aos professores do curso de Mestrado pelos ensinamentos e pelo estímulo. À banca do Exame de Qualificação pelas valiosas contribuições ao projeto. À Camila Silveira pela disponibilidade, pela presteza e pela incansável dedicação na construção dos mapas. Aos funcionários da Escola de Enfermagem pelo carinho, pela disponibilidade e pela amizade. À Bibliotecária Celina Leite Miranda pelas contribuições e pela disponibilidade. Ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural e seus professores pela acolhida. Às Bibliotecas da Escola de Enfermagem, da Geociências, da Faculdade de Odontologia e da Faculdade de Medicina pela disponibilidade. Ao João Carlos Guerin de Lima, bolsista de iniciação científica vinculado ao trabalho, pela ajuda, pela disponibilidade e pelas sugestões. À Dona Helena pela cuidadosa revisão de português e pelo carinho dispensado.

Aos gestores do município de Camaquã e do Hospital Nossa Senhora Aparecida, ao Conselho Municipal de Saúde e aos funcionários da rede de serviços de saúde deste município e do hospital, pela oportunidade de realizar a pesquisa,

pela disponibilidade, pela acolhida, pelo apoio e por terem aceito este desafio. Aos usuários entrevistados pela disponibilidade em contribuir com suas trajetórias, pela confiança, pelo apoio e por terem sido o motor desta engrenagem.

À minha família, especialmente, pai, mãe, mano, vô (*in memoriam*) e vó pela ausência, pelos “não posso”, pelo incentivo, pelo apoio e pelo carinho. Ao meu irmão pelo apoio informático nos momentos difíceis. Ao meu querido namorado e sua família pela amizade, pela dedicação, pela constante disponibilidade e pelo estímulo. Aos meus amigos pela ausência. Aos meus colegas de curso pela amizade, pelas conversas de corredor e pelo incentivo.

Um agradecimento especial à minha orientadora, pela dedicação, pela paciência, pela riqueza das orientações, pela amizade e por toda a ajuda que foi de extrema importância em minha formação.

O meu muito obrigado a todas estas importantes pessoas que, de sua forma, contribuíram pessoal e profissionalmente neste momento da minha vida. Um agradecimento especial a todos os brasileiros que através de seus impostos contribuíram para o desenvolvimento dos meus estudos.

Tente Outra Vez

(SEIXAS; COELHO; MOTTA, 2004)

Veja

*Não diga que a canção está perdida
Tenha em fé em Deus, tenha fé na vida
Tente ou...tra vez*

Beba

*Pois a água viva ainda está na fonte
Você tem dois pés para cruzar a ponte
Nada aca...bou, não não não não*

Tente

*Levante sua mão sedenta e recomece a andar
Não pense que a cabeça agüenta se você parar,
Há uma voz que canta, uma voz que dança, uma
voz que gira
Bailando no ar*

Queira

*Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo, vai
Tente ou...tra vez*

Tente

*E não diga que a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida*

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre acesso e fluxos de utilização dos serviços de saúde em Municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, que se insere no programa interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do Sul do Brasil”. Tem como objetivo caracterizar a rede de serviços de saúde existente em Camaquã e a utilização da mesma, pela identificação dos fluxos de utilização, do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade, e o motivo que os levam ao uso desses serviços. Possui abordagem quanti-qualitativa, sendo transversal e do tipo exploratório e descritivo. A análise das trajetórias, acesso, fluxos e motivos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade demonstra fragilidades do Sistema Público de Saúde em nosso País, representado no microespaço (o Município). A análise é enriquecida quando se tem oportunidade de conhecer a trajetória terapêutica dos usuários e o fluxo de utilização desses serviços, em função de um problema de saúde atual. Observa-se que a dificuldade está, por um lado, na falta de resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, o que os leva a procurarem vários serviços de saúde, com trajetórias diversas, nos diferentes Municípios da área de estudo e, por outro lado, nas diferentes concepções das necessidades de saúde. Evidencia-se, portanto, a urgência de um inevitável engajamento político em prol da regionalização.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde: utilização. SUS (BR). Regionalização: Rio Grande do Sul. População urbana: Camaquã, RS. Política de saúde.

Limites: Humano.

RESUMEN

Se trata de un estudio sobre acceso y flujos de utilización de los servicios de salud en Municipios de la “Mitad Sur” de Rio Grande do Sul, que se insiere en el programa interdisciplinar “Evolución y diferenciación de la agricultura, transformación del medio natural y desarrollo sostenible en espacios rurales del Sur de Brasil”. Tiene como objetivo caracterizar la red de servicios de salud existente en Camaquã y su utilización, por la identificación de los flujos de utilización, del acceso de los usuarios a los servicios de salud de media complejidad, y el motivo que los llevan al uso de esos servicios. Posee abordaje canti-cualitativa, siendo transversal y del tipo exploratorio y descriptivo. El análisis de las trayectorias, acceso, flujos y motivos de utilización de los servicios de salud de media complejidad demuestra fragilidades del Sistema Público de Salud en nuestro País, representado en el microespacio (el Municipio). El análisis es enriquecido cuando se tiene oportunidad de conocer la trayectoria terapéutica de los usuarios y el flujo de utilización de esos servicios, en función de un problema de salud actual. Se observa que la dificultad está, por un lado, en la falta de resolución de los problemas de salud de los usuarios, lo que los lleva a que procuren varios servicios de salud, con trayectorias diversas, en los distintos Municipios del área de estudio y, por otro lado, en las diferentes concepciones de las necesidades de salud. Se demuestra, por lo tanto, la urgencia de una inevitable contratación política en beneficio de la regionalización.

Descriptores: *Accesibilidad a los servicios de salud. Servicios de salud: utilización. SUS (BR). Regionalización: Rio Grande do Sul. Población urbana: Camaquã, RS. Política de salud.*

Límites: *Humano.*

Título: *Flujos y acceso de los usuarios a servicios de salud de mediana complicación en el Município de Camaquã, RS.*

ABSTRACT

This paper is about a study of access and fluxes of health services' utilization in some cities of the "South Half" of Rio Grande do Sul. This research is inserted in an interdisciplinary program entitled "Evolution and change in agriculture, transformation of the natural environment and sustainable development in rural spaces in the South of Brazil". The present paper has as its main objective to characterize the net of health services existing in Camaquã and the utilization of it through the identification of the utilization fluxes, the users' access to the health services of medium complexity, and the reasons why they use such services. This study has a quantitative and qualitative approach and it is also transversal, exploratory and descriptive. The analysis of the trajectories, access, fluxes and the reasons of the utilization of the health services of medium complexity demonstrates the fragility of the Public Health System in our country, represented in the micro-space of the city. The analysis is enriched when we have the opportunity to know the therapeutic trajectory of the users and the fluxes of utilization of such services deriving from a current health problem. It can be observed that the difficulty faced is related to the lack of capacity in solving the users' health problems, what makes them to look for many different health services, with several trajectories, in different cities which comprehend the studied area. However, it is made evident the urgency of a political engagement in order to favor the regionalization.

Descriptors: *Health services accessibility. Health services: utilization. SUS (BR).*

Regional health planning: Rio Grande do Sul. Urban population:

Camaquã, RS. Health policy.

Limits: *Human.*

Title: *Fluxes and access to users of medium complexity health services in Camaquã city, RS.*

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une étude sur l'accès et le flux de l'utilisation des services de Santé dans quelques Municipales de la "Moitié Sud" du Rio Grande do Sul, lequel s'insère dans le programme interdisciplinaire intitulé "Évolution et différenciation de l'agriculture, transformation du milieu rural et développement soutenable dans des espaces ruraux du sud du Brésil". Ce travail a l'objectif de caractériser le réseau de services de Santé qui existe à Camaquã et son utilisation à travers l'identification du flux d'emploi, de l'accès des usagers aux services de Santé de complexité moyenne, ainsi que le motif qui les amène à l'usage de ces services, au Municipio référé. L'étude se constitue d'une approche quanti-qualitative, transversale et du type exploratoire et descriptif. L'analyse des trajectoires, des accès, du flux et des motifs d'utilisation des services de Santé de complexité moyenne démontre des fragilités du Système Public de Santé, dans notre Pays, qui est représenté dans le microespace (le Municipio). L'analyse est enrichie quand on a l'opportunité de connaître la trajectoire thérapeutique des usagers et le flux d'utilisation de ces services, en fonction d'un problème de santé actuel. On observe que la difficulté concerne, d'un côté, le manque de résolution des problèmes de santé des usagers, ce qui les amène à chercher plusieurs services de santé, aux trajectoires diverses, dans des différents Municipales de la zone de l'étude; d'un autre côté, concerne les différentes conceptions des besoins de santé. On remarque, donc, l'urgence d'un inévitable engagement politique en vue de la régionalisation.

Descripteurs: *Accès aux services de santé. Services de santé: utilisation. SUS (BR). Planification régionale de santé: Rio Grande do Sul. Population urbaine: Camaquã, RS. Politique de santé.*

Limites: *Humaine.*

Titre: *Flux et accès des usagers aux services de santé de complexité moyenne dans le Municipipe de Camaquã, RS.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Fluxos da utilização dos serviços de saúde (especializados) dos oito municípios da área de estudo, no período de 2002 a 2003.....	68
FIGURA 2 – Limites político-administrativos do município de Camaquã, RS, 2004.....	70
FIGURA 3 – O município de Camaquã, RS, e sua sub-divisão político-administrativa – sede municipal e oito distritos da área rural, 2004.....	74
FIGURA 4 – Situação demográfica dos oito municípios da área de estudo, 2004.....	76
FIGURA 5 – Situação econômica dos oito municípios da área de estudo, 2004.....	78
FIGURA 6 – Bairros da sede do município de Camaquã, RS, 2004.....	81
FIGURA 7 – Padrão de vida dos habitantes de Camaquã, RS, 2004.....	82
QUADRO 1 – Indicadores de mortalidade do município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.....	90
QUADRO 2 – Indicadores de morbidade no município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.....	91
QUADRO 3 – Dez primeiras causas de atendimento nos serviços ambulatoriais no município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.....	92
QUADRO 4 – Dez primeiras causas de internação no município de	

	Camaquã, Camaquã, RS, 2004.....	93
FIGURA 8	– Serviços de saúde da sede do município de Camaquã, RS, 2004.....	95
FIGURA 9	– Pirâmide Etária dos entrevistados, Camaquã, RS, 2004.....	102
FIGURA 10	– Frequência da categoria sexo entre os entrevistados, Camaquã, RS, 2004.....	103
FIGURA 11	– Frequência da categoria procedência de Camaquã entre os entrevistados, Camaquã, RS, 2004.....	110
FIGURA 12	– Fluxos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade de Camaquã, RS, por usuários de diferentes municípios, 2004.....	114
QUADRO 5	– Distribuição dos problemas costumeiros declarados, por grupos de doenças, pelos usuários entrevistados, Camaquã, RS, 2004.....	120
FIGURA 13	– Árvore de recursos que são utilizados pelos entrevistados para problemas de saúde considerados costumeiros, Camaquã, RS, 2004.....	123
QUADRO 6	– Distribuição dos problemas graves declarados, por grupos de doenças, pelos usuários entrevistados, Camaquã, RS, 2004.....	125
FIGURA 14	– Árvore de recursos que são utilizados pelos entrevistados para problemas de saúde considerados graves, Camaquã, RS, 2004.....	
FIGURA 15	– Trajetórias percorridas pelos usuários entrevistados,	

residentes na sede de Camaquã, pelo problema de saúde atual, Camaquã, RS, 2004.....	139
FIGURA 16 – Trajetórias percorridas pelos usuários entrevistados, residentes no interior, pelo problema de saúde atual, Camaquã, RS, 2004.....	140
FIGURA 17 – Trajetórias percorridas pelos usuários entrevistados, residentes em outros Municípios, pelo problema de saúde atual, Camaquã, RS, 2004.....	142
QUADRO 7 – Motivos de utilização dos serviços de média complexidade entre os usuários residentes na sede, Camaquã, 2004.....	152
QUADRO 8 – Motivos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade entre os usuários residentes no interior, Camaquã, 2004.....	152
QUADRO 9 – Motivos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade entre os usuários residentes em outros Municípios, Camaquã, 2004.....	153

TABELA 1 – Distribuição dos serviços de saúde disponíveis nos oito municípios em estudo, no período de 2001/2003.....	64
TABELA 2 – Despesa total com saúde por habitante nos oito municípios em estudo, no ano de 2000.....	65
TABELA 3 – Morbidade por causas mais freqüentes nos oito municípios em estudo, no período de 2001/2003.....	66
TABELA 4 – Coeficiente de Mortalidade Geral e valor absoluto nos oito municípios em estudo, no ano de 2000.....	67
TABELA 5 – Coeficiente de Mortalidade Infantil e valor absoluto nos oito municípios em estudo, no ano de 2000.....	67
TABELA 6 – Relação dos entrevistados, por Serviços de Internação do Hospital Geral pesquisado e procedência, Camaquã, RS, 2004.....	98
TABELA 7 – Relação dos entrevistados, por idade economicamente ativa e procedência, Camaquã, RS, 2004.....	100
TABELA 8 – Distribuição dos entrevistados, por idade, Camaquã, RS, 2004.....	101
TABELA 9 – Relação dos entrevistados por sexo e procedência, Camaquã, RS, 2004.....	104
TABELA 10 – Relação dos entrevistados por idade e sexo, Camaquã, RS, 2004.....	
TABELA 11 – Distribuição dos entrevistados, por local de nascimento, Camaquã, RS, 2004.....	105

TABELA 12 – Distribuição dos entrevistados, por anos de estudo, Camaquã, RS, 2004.....	107
TABELA 13 – Relação dos entrevistados por ocupação e procedência, Camaquã, RS, 2004.....	108
TABELA 14 – Relação dos entrevistados por idade (acima de 15 anos) e ocupação, Camaquã, RS, 2004.....	109
TABELA 15 – Relação dos entrevistados por vínculo empregatício e procedência, Camaquã, RS, 2004.....	110
TABELA 16 – Distribuição dos entrevistados, por residência na sede ou interior de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.....	111
TABELA 17 – Distribuição dos entrevistados, por bairro ou distrito de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.....	112
TABELA 18 – Distribuição dos entrevistados, por distância, Camaquã, RS, 2004.....	115
TABELA 19 – Relação dos entrevistados adultos por tempo de moradia e procedência, Camaquã, RS, 2004.....	118
TABELA 20 – Relação entre o serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado e o município onde busca pelo mesmo, Camaquã, RS, 2004.....	131
TABELA 21 – Relação entre o serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado e a sua procedência, Camaquã, RS, 2004	132
TABELA 22 – Distribuição dos entrevistados pela medida tomada quando o problema não é resolvido, Camaquã, RS, 2004...	133
TABELA 23 – Relação entre o serviço de saúde procurado e o município em que isso ocorreu quando o usuário busca outro	

serviço de saúde, Camaquã, RS, 2004.....	136
TABELA 24 – Relação entre a procedência do entrevistado e o serviço de saúde que buscaria, caso optasse por outro, Camaquã, RS, 2004.....	136
TABELA 25 – Relação entre a procedência do entrevistado e o município em que buscaria outro serviço de saúde, Camaquã, 2004.....	137
TABELA 26 – Relação entre a procura por algum serviço de saúde anterior ao de média complexidade e procedência do entrevistado, Camaquã, RS, 2004.....	143

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMS – Assistência Médica e Sanitária

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

COFECUB – Comitê Francês de Avaliação da Cooperação Universitária com o Brasil

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FAPERGS – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

GESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas de Assistência à Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PGDR – Pós-graduação em Desenvolvimento Rural

PNAD – Pesquisa Nacional Domiciliar

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

PROINTER – Programa Interdisciplinar de Pesquisa

PS – Pronto-socorro

PSF – Programa de Saúde da Família

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	31
2.1 A regionalização como macroestratégia de organização do Sistema Único de Saúde	31
2.2 Estratégias locais de organização do SUS: em questão fluxos, acesso e desigualdades sociais	40
2.3 Problematizando a temática em estudo	50
3 OBJETIVOS.....	53
3.1 Objetivo geral	53
3.2 Objetivos específicos.....	53
4 METODOLOGIA	55
4.1 Pressupostos Metodológicos	55
4.2 Área de Estudo	57
4.3 População em Estudo.....	58
4.4 Coleta de Dados	59
4.5 Análise de Dados	60
4.6 Considerações Éticas	62
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	63
5.1 A situação de saúde nos oito municípios do Programa Interdisciplinar: subsídios para a análise da problemática	63
5.2 Breve perfil socioeconômico-demográfico do município de Camaquã, RS.....	73

5.2.1 Área urbana do município de Camaquã, RS	79
5.3 As formas de organização político-administrativas locais do SUS	85
5.4 Perfil Epidemiológico do município de Camaquã, RS	89
5.5 Caracterização da rede de serviços de saúde de Camaquã, RS.....	93
5.6 Os serviços de média complexidade de Camaquã e seus usuários:	
acesso e fluxos de utilização.....	97
5.6.1 Quem são os usuários dos serviços de saúde de média complexidade de Camaquã.....	97
5.6.2 Os usuários e suas formas de resolução dos problemas de saúde no cotidiano.....	119
5.6.3 Trajetórias terapêuticas na busca dos serviços de saúde de média complexidade	137
5.6.4 Motivos da utilização dos serviços de média complexidade.....	151
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS	168
APÊNDICE A – Localização da área de estudo do PROINTER.....	179
APÊNDICE B – Programa de Pesquisa Interdisciplinar – PROINTER.....	180
APÊNDICE C – Organograma do Programa Interdisciplinar de Pesquisa – PROINTER, com identificação dos projetos da área da saúde .	181
APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados	182
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista para caracterização da rede de saúde do município de Camaquã.....	185
APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	186
APÊNDICE G – Caracterização da rede de saúde do município de Camaquã .	187

ANEXO A – Documento de aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Economia/UFRGS.....	191
ANEXO B – Documento de encaminhamento do Secretário de Saúde aos serviços de saúde de Camaquã, RS.....	192
ANEXO C – Densidade populacional dos municípios do Rio Grande do Sul	193

1 INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver o trabalho conclusivo de Mestrado na temática de acesso de usuários e fluxos de utilização de serviços de saúde em municípios da “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul, advém da participação como bolsista de Iniciação Científica no programa interdisciplinar de pesquisa (PROINTER) intitulado “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”. O presente trabalho se insere nesse programa de pesquisa e visa ao estudo da utilização dos serviços de saúde de média complexidade de um dos Municípios da área de estudo, por meio da sua caracterização e da identificação dos fluxos de utilização e do acesso geográfico, econômico, cultural e funcional dos usuários dos serviços de saúde, tendo como pano fundo as desigualdades sociais e espaciais em saúde.

O referido programa de pesquisa interdisciplinar (PROINTER) é fruto de um acordo de cooperação inter-universitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB n° 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC e Departamento de Geografia), a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000). O programa tem financiamento FAPERGS (Edital 2000¹ e Edital PROADE 2, 2002²).

O PROINTER busca constituir um conjunto de competências científicas voltadas para o estudo das inter-relações entre o desenvolvimento rural e as

¹ Para o desenvolvimento da etapa inicial do programa.

² Para o desenvolvimento dos projetos da área da Saúde do referido programa.

dinâmicas ambientais/naturais, na perspectiva de uma reflexão sobre a noção de desenvolvimento sustentável, sobre sua pertinência teórica e aplicação prática, numa ótica de trabalho interdisciplinar. Para tanto, buscou-se um espaço³ geográfico onde as características ambientais, econômicas e sociais formassem um lugar particularmente propício para o estudo aprofundado das inter-relações entre as dinâmicas rurais e as transformações do meio natural. O programa busca analisar as transformações que ocorrem nas sociedades rurais e que provocam modificações nas condições de vida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

A região escolhida⁴ para o desenvolvimento deste programa foi a “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul que vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do Estado, o que torna visível a disparidade regional. Porém, devido ao tamanho da área, surgiu a necessidade de reduzi-la a oito municípios (Apêndice A): Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul. A escolha desses oito municípios encontra sua justificativa em diferentes elementos: a área de estudo está em fase de estagnação e em declínio, do ponto de vista econômico, apresentando fatores que indicam a existência de fortes impactos ambientais, devido às atividades produtivas de arroz, fumo e mineração; do ponto de vista social, sua justificativa se dá pela existência de uma diversidade/heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos e em interação; presença de remanescentes de quilombos e, mais recentemente, de

³ Espaço: “é a integração entre a materialidade e as ações sociais que o movimenta e o transforma” (COSTA, 2002, f. 82). Costa (2002, f. 258) ressalta que “o espaço tende a ser ocupado por diferentes grupos humanos que imprimem suas características relacionais por determinadas situações culturais, que podem ser observadas em diferentes escalas”.

⁴ As discussões do programa ocorrem em oficinas de pesquisa realizadas mensalmente no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR/UFRGS) e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/EENF/UFRGS).

vários assentamentos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O PROINTER é disposto em várias etapas (Apêndice B). A primeira consta da construção do diagnóstico global da área de estudo, quando são analisadas as heterogeneidades espaciais e sociais dos oito Municípios, cujos resultados deram embasamento para a construção da problemática interdisciplinar. Participei desta etapa como bolsista de Iniciação Científica. Essa fase da pesquisa constou de saídas de campo e também de oficinas de pesquisa, realizadas com o grupo de pesquisadores, para discussões metodológicas e apresentação dos dados encontrados nas visitas aos Municípios. A segunda etapa contempla a consolidação da construção do programa interdisciplinar, quando, cada área do conhecimento realiza seus projetos individuais. Foi nessa etapa que desenvolvi meu projeto de pesquisa. A terceira e última etapa, constará das interfaces entre os diferentes projetos disciplinares, possibilitando um diálogo interdisciplinar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Uma das áreas do conhecimento envolvidas no programa é a Saúde (área fundamental no campo do desenvolvimento em seu sentido amplo), tendo diferentes projetos desenvolvidos por professores, mestrandos e doutorandos da Escola de Enfermagem/UFRGS (Apêndice C). O projeto central tem por tema o estudo das práticas sociais na resolução de problemas cotidianos e seus impactos sobre a saúde da população, no espaço escolhido, abordando as interfaces entre a Saúde Pública e a Antropologia em torno das desigualdades sociais no meio rural. Vinculados a esse projeto central existem o presente estudo e outros desenvolvidos ou em desenvolvimento. Todos estes estudos estão inseridos na linha de pesquisa “Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva”, do Programa de Pós-graduação em

Enfermagem/Escola de Enfermagem/UFRGS. Integra o grupo de pesquisa intitulado Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC, da mesma escola.

O tema da presente dissertação surgiu em função dos resultados obtidos na primeira fase do Programa Interdisciplinar que apontaram Camaquã como pólo regional. Busca caracterizar a rede de serviços de saúde existente em Camaquã, RS e ilustrar a utilização da mesma, por meio da identificação dos fluxos de utilização, do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade, e o motivo que os levam ao uso desses serviços, no referido Município.

Segundo Travassos e Martins (2004, p. 190), “a utilização dos serviços de saúde representa o centro de funcionamento dos sistemas de saúde”. As mesmas autoras, baseadas em Pineault e Daveluy⁵, descrevem, em linhas gerais, que

os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema

O acesso aos serviços de saúde também é considerado um dos determinantes da utilização destes serviços. Estes aspectos serão abordados, neste estudo, focalizando aqueles relacionados aos usuários e à organização dos serviços de saúde, pois é o objetivo do estudo.

⁵ Pineault R, Daveluy C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. *In*: Pineault R, Daveluy C, editors. **La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies**. Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202.

O presente trabalho está estruturado, em sua apresentação, em duas grandes partes: a primeira apresenta a contextualização do problema de pesquisa, os questionamentos e as reflexões que levaram à formulação dos objetivos do estudo e à escolha do caminho metodológico a ser seguido. Essa primeira parte permite entender e situar melhor o objeto de pesquisa dentro de um contexto histórico (social, político, econômico) mais amplo e suas relações com as desigualdades sociais e com a situação de saúde da população. A segunda parte traz a descrição da situação socioeconômica-demográfica e de saúde do Município estudado, a caracterização da rede de serviços de saúde disponíveis, assim como do acesso e dos fluxos de utilização dos serviços, por meio das trajetórias terapêuticas de usuários e dos motivos de utilização de um serviço de média complexidade.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A contextualização do problema de pesquisa foi desenvolvida a partir da situação de saúde e dos dados socioeconômicos, demográficos e ambientais dos oito Municípios do Programa Interdisciplinar, obtida na fase de diagnóstico preliminar do referido programa (informações que serão apresentadas no item análise e discussão dos dados), bem como da discussão teórica realizada para a temática em estudo. Esta abordagem subsidiou a construção do problema de pesquisa, dos objetivos e do referencial metodológico da presente dissertação.

2.1 A regionalização como macroestratégia de organização do Sistema Único de Saúde

O Brasil vem passando por um processo de modificação do sistema de saúde, discutido há vários anos por diversos teóricos da Saúde Coletiva. Atualmente o País encontra-se em fase de mudanças na forma de funcionamento e organização do sistema, por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que procura garantir o acesso a todos os cidadãos, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988.

O País viveu, durante muito tempo, sob a ótica do modelo tecno-assistencial liberal-privatista, muito arraigado na sociedade. Mendes (1995a) ressalta que seu início ocorreu juntamente com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social, em 1966. Segundo Campos (1994), nesse modelo, a organização da produção e a

distribuição de serviços de saúde são regidas pelo mercado. Refere que a assistência era paga pelo usuário, o que provocava uma desigualdade no acesso aos serviços. Como consequência disso, os indivíduos de maior poder aquisitivo dispunham de uma medicina de consultórios e hospitais especializados, enquanto aos de condição econômica desfavorável restava a vasta rede de Pronto-Atendimento e Postos de Saúde de pouca resolutividade e hospitais contratados/credenciados pela Previdência. Entende-se que

ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, coloca a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. E colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo. Permite construir uma intervenção efetiva, e isto implica numa abordagem mais integral dos problemas, pois como a clínica sozinha não é suficiente para dar todas as respostas para as várias dimensões que adquirem os problemas, muito para além do sofrimento individual, é fundamental se trabalhar associadamente com as ações coletivas (MERHY, 1994, p. 139).

Campos (1994) reflete sobre o modelo tecno-assistencial liberal-privatista, demonstrando a inexistência de planejamento em Saúde e de seguimento de preceitos administrativos de regionalização e hierarquização, o que o levou a uma crise financeira e de legitimidade. Essa crise impulsionou organismos do governo a corrigir algumas distorções, instalando-se, assim, projetos de cunho reformista, motivo que ampliou a capacidade de produção de serviços de saúde por parte do Estado. Segundo Dantas (2000), esse modelo racionalizador/reformista pretendia corrigir distorções da prática liberal, mas sem eliminar a medicina de mercado. Campos (1994) acredita que a ocorrência dessas duas alternativas, ao mesmo tempo opostas, acabou por prejudicá-las. Desta forma, no Brasil, havia a penetração

dos princípios e da organização liberal, o que mantinha o repasse de verbas públicas ao setor privado, financiando, assim, a assistência gerenciada pela busca do lucro.

Neste sentido, começou-se a pensar em outras alternativas, sendo uma delas o Sistema Único de Saúde. Campos (1994) revela algumas expectativas em relação a esta nova proposta. Segundo ele, o mercado passa a não regular a organização e distribuição dos serviços, sendo substituído pelo planejamento. A saúde se torna um direito de todos, com atendimento universal, gratuito e organizado, sendo hierarquizado pela complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e o quadro de morbi-mortalidade da população. Estes ideais foram discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986. Segundo Paim (1999), nessa Conferência, a Reforma Sanitária esteve bastante presente, sistematizando alguns de seus princípios e diretrizes onde se pode observar uma ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito e dever do Estado, Sistema Único de Saúde, participação popular, Constituição e ampliação do orçamento social.

Os ideais propostos nessa Conferência se consolidaram pela Constituição de 1988, como a garantia do acesso à saúde a todos os brasileiros:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000, p.113).

A Constituição também propõe a organização da rede de serviços de saúde através de diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (BRASIL, 2000, p.113).

Após a promulgação da Constituição de 1988, a implementação do Sistema Único de Saúde passou por vários processos. Segundo Finkelman (2002, p. 249), a regulamentação das leis nº 8080 e nº 8142, ambas de 1990, ao detalhar os princípios e diretrizes que organizam o sistema, bem como as competências e atribuições das três esferas de governo, “buscou delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados”. Após, houve a necessidade da criação de normas técnicas, às quais as relações internas ao SUS fossem subordinadas: eram as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas entre os anos de 1991 e 1996.

Souza (2003) refere que o processo de implantação do Sistema Único de Saúde avançou, realmente, a partir de 1996, com a edição da NOB – SUS 96. Esta norma propôs “alterações significativas na lógica do financiamento e na divisão de responsabilidades entre as esferas de governo” (SOUZA, 2003, p. 54).

Segundo Finkelman (2002, p. 257), as NOBs “foram o principal instrumento legal para a descentralização das ações de saúde, particularmente as de atenção básica”, porém aos serviços de maior complexidade faltava uma abordagem regionalizada e mais adequada à estrutura administrativa. Referiu, também, que muitos Municípios, já na Gestão Plena, impediam o acesso a usuários de Municípios vizinhos com a alegação de que os recursos estavam comprometidos com a assistência de seus habitantes. Por Gestão Plena entendo que é quando o Município

consegue gerir os recursos de saúde encaminhados pelos âmbitos estadual e federal.

Logo, sentiu-se a necessidade de ampliar a cobertura das ações e serviços para além dos limites do Município. Então, em 2001, foram criadas as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) em substituição às NOBs, cujo objetivo era “promover uma maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (FINKELMAN, 2002, p.258), instituindo-se a regionalização como macroestratégia. Hoje a Lei de Responsabilidade Sanitária começa a ser discutida pelo governo federal e pela sociedade. Esta lei, se aprovada, tem o intuito de “corrigir os rumos de administrações irregulares, fortalecer os pactos de gestão e, ao mesmo tempo, punir os maus gestores do setor” (BRASIL, 2005, p. 2).

Segundo Toni e Klarmann ([2---?], p. 2), o conceito de regionalização é problemático. Referem que existem três critérios que o estruturam, a polarização – uma região polarizada pode assumir

a hipótese da polarização espacial a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomerações industriais. Aqui a análise de fluxos de produção e consumo, das conexões intra e inter-regionais assumem absoluta relevância porque revelam a rede e a hierarquia existente,

a homogeneidade – “possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes” e o planejamento – a região em questão “deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento”. Acredita-se que a união dos três critérios, referidos pelos autores supra-citados, possa conceituar o termo regionalização.

Souza (2003, p. 40) relata que, a partir de junho de 2001,

o volume de recursos anuais do Ministério da Saúde para os estados para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde passou a ser subdividido em:

- recursos para a atenção básica (PAB fixo e PAB variável);
- recursos para a vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- recursos para a assistência de média complexidade;
- recursos para a assistência de alta complexidade.

Esses recursos federais são repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais. Em 2000, houve a aprovação da Emenda Constitucional 29, vinculando as receitas dos três níveis de governo para o sistema, ou seja, os Estados deveriam repassar 12% da arrecadação de impostos e os Municípios deveriam aplicar 15% da sua arrecadação, sendo que os recursos seriam aplicados por meio do Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde, nas três esferas governamentais. Hoje, o governo federal ainda é responsável pela maior parcela do financiamento do SUS; porém, acredita-se que esta Emenda Constitucional aumente a participação dos estados e municípios nesse financiamento (SOUZA, 2003).

Souza (2003, p. 43) refere que a NOAS – SUS 01/01 desencadeou o processo de regionalização, pois definiu

duas condições de participação do município na gestão do SUS:

- a) **Gestão plena da atenção básica ampliada**, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica; e
- b) **Gestão plena do sistema municipal**, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

Em documento alusivo a referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde, o Conselho Nacional de Saúde (2003) enfatiza a importância da regionalização por meio de cinco razões:

- a) A regionalização viabiliza a integralidade da atenção, ordenando as referências e organizando o acesso a todos os níveis de

- complexidade. Facilita assim maiores níveis de equidade e melhor resolubilidade do atendimento.
- b) A regionalização aumenta a eficiência global no uso dos recursos do Sistema, ajustando melhor as dimensões da oferta (capacidade instalada de produção), especialmente de serviços mais complexos, às necessidades e demandas, inclusive evitando as duplicações, excessos e subutilizações.
 - c) Uma consequência importantíssima do [item] anterior é que a regionalização permite a melhor identificação das necessidades de investimento, ensejando a preparação de políticas e planos mais integrados e melhor fundamentados.
 - d) A regionalização dinamiza a descentralização assegurando a complementaridade das gestões descentralizadas e a unicidade funcional do Sistema. Ao fazê-lo, requer uma participação institucional solidária, complementar entre os diversos gestores e operadores, e responsável, e facilita o desenvolvimento da participação e controle sociais.
 - e) A regionalização, em consequência, é condição para uma atenção mais completa e de maior qualidade que redunde em mais eficácia e satisfação sociais (BRASIL, 2003a, p. 19).

Souza (2003, p. 44) acredita que se cada esfera de governo desempenhar “suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa” a estratégia da regionalização obterá êxito.

Unglert (1995b) acredita que a proposta de regionalização não deva se basear somente em modelos teóricos, mas também traduzir as distintas realidades por planejamento local e participação social. Assim, o território é definido como o espaço local, representado por uma superfície geográfica, que apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social. Neste sentido, a autora acredita que os distintos espaços territoriais poderiam contribuir para a implantação do Distrito Sanitário, uma vez que o mesmo seja conceituado como “processo social de mudança, num território-população, das práticas sanitárias de modo a adequá-las a uma lógica de organização informada pela epidemiologia” (UNGLERT, 1995b, p.223). Mendes *et al.* (1995, p. 160) relatam que a sua criação passa pela “definição de um certo espaço geográfico, populacional e administrativo,

ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço”.

Para compreender melhor os conceitos de local, território e espaço, buscou-se aporte teórico na Geografia; logo,

todo fato natural e social acontece em local e tempo definidos. O local (espaço geográfico) é considerado o objeto de estudo da geografia. O local é o cenário em que se desenvolvem as atividades do homem, o que lhe confere importância para a análise de situações humanas, como a saúde. O local contém áreas onde interagem os elementos que o constituem, gerando assim espaços com características específicas necessárias para uma análise ampla da saúde.

Território é o conceito mais próximo ao conceito de espaço, que enfatiza o significado dos limites das unidades espaciais. Respondendo a determinados critérios, o espaço é delimitado, dando local a um território. Assim, por exemplo, a fronteira política entre dois países, ainda que bem definida por uma linha divisória artificial imposta pelo homem, não define igualmente as relações sociais nem as influências entre estes países, nem suas características naturais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p. 59).

Costa (2002, f. 67) dá atenção à diferença conceitual existente entre território e territorialização. Segundo o autor, o conceito de território ainda se encontra muito arraigado

a uma questão institucional-política, como espaço de atuação de um Estado-nação, que salienta as disposições da cidadania, de direitos e deveres iguais como boa conduta social e homogeneização das diferenças frente ao poder jurídico daquele Estado.

Já a definição de territorialização⁶, para Costa (2002, f. 67), “amplia a visualização das diferenças dentro dos Estados-nações e em qualquer escala de definição”. Segundo Costa (2002, f. 68),

o conceito de territorialização se aproxima mais de uma apropriação simbólica do espaço do que de uma dominação em relação a um caráter político-disciplinar, que se estabelece como forma de

⁶ Optou-se por definir o conceito de territorialização para diferenciá-lo do de regionalização, pois sua proximidade gerou dúvidas no desenvolvimento do presente estudo.

ordenar, organizar e disciplinar os indivíduos que ali se fazem presentes em prol de objetivos pré-definidos por instâncias institucionais distantes de suas vivências.

Costa (2002, f. 67) refere que o conceito de territorialização

relativiza as definições amplas de cultura nacional e possibilita a melhor compreensão de regionalismos⁷ e diferenças de agregações socioespaciais urbanas (em relação a classes sociais, tipos estéticos, formas de expressão de afetividades e comportamentos inseridos nessas agregações).

Esta discussão teórica e conceitual visa à facilitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, numa rede regionalizada e hierarquizada. Com a proposta do Sistema Único de Saúde há um direcionamento da gestão ao Município, porém a esfera estadual continua participando do sistema. Segundo Müller e Possa (2001), a descentralização no Rio Grande do Sul foi marcada pela transformação das Delegacias Regionais de Saúde em Coordenadorias Regionais de Saúde, onde permaneceu a divisão geográfico-administrativa que existia. Porém, as coordenadorias passaram a ser verdadeiramente gestoras regionais do sistema, com “autonomia política para coordenar o processo decisório na região sanitária de sua abrangência” (MÜLLER; POSSA, 2001, p. 23). As autoras afirmam que essa reordenação é um resgate do papel do Estado em sua responsabilidade de coordenação, regulação e gestão solidária com os Municípios, respeitando a autonomia dos mesmos na definição da organização do Sistema Municipal de Saúde, mas “resgatando a possibilidade de parcerias regionais para otimização dos recursos e oferta de serviços” (MÜLLER; POSSA, 2001, p. 23). Ferla *et al.* (2001, p. 56) salientam que as Delegacias Regionais de Saúde eram “instâncias repassadoras de ações e normas do chamado ‘nível central’ da Secretaria Estadual de Saúde-RS”.

⁷ Segundo Costa (2002, f. 90), os regionalismos são “realidades locais, que tentam se expressar e mostrar seus valores específicos frente a uma cultura nacional dominante”.

Neste sentido, Paim (1999) remete aos Municípios, quando expressa a resistência que existe em relação à municipalização, onde ocorre a desconcentração de serviços e descentralização da gestão. Já Merhy (1993) refere que são os municípios os criadores de alternativas reais aos obstáculos que se tem encontrado quanto ao cumprimento constitucional do Sistema Único de Saúde. Pontua, no entanto, que os benefícios só surgirão se eles se constituírem em sujeitos efetivos da gestão da política de Saúde, pressupondo o desenvolvimento de método de planejamento de políticas de Saúde coerentes com seu papel no sistema.

2.2 Estratégias locais de organização do SUS: em questão fluxos, acesso e desigualdades sociais

A implantação do Sistema Único de Saúde, com suas diretrizes e seus princípios, especialmente a regionalização, proporcionou o surgimento de algumas estratégias orientadas para um melhor planejamento e organização dos serviços, tendo como consequência um melhor acesso dos usuários à rede de serviços de saúde que se têm mostrado relevantes; entre elas estão o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Isso proporciona, teoricamente, o estabelecimento de um vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, levando a um melhor acolhimento dos usuários e facilitando seu acesso.

Contandriopoulos⁸ citado por Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 61) refere alguns determinantes do acesso aos serviços de saúde; são eles: fatores de

⁸ CONTANDRIOPOULOS, A. P. Analyse de la dynamique des systèmes de santé. **Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé**. v. 86, n. 2 p. 1-31, 1986.

globalidade (“tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário que está dentro da área de cobertura daquele serviço”); dificuldades impostas pela especialização em certas áreas; critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, horário de funcionamento e a qualidade do atendimento.

Segundo Unglert (1995a), o acesso à saúde tem vinculação com as condições de vida, de habitação, de nutrição, de educação e de poder aquisitivo dos indivíduos. Outro aspecto que também é englobado é a acessibilidade aos serviços de saúde, o que se constitui um forte atributo que se pode analisar sob várias abordagens, sendo elas a geográfica (distância a ser percorrida e barreiras geográficas impostas), funcional (qualidade e horário de funcionamento, bem como os programas oferecidos), cultural (serviços de saúde inseridos nos costumes e hábitos da população) e, por último, a econômica (gastos do usuário).

Adami (1993), em estudo com portadores de hanseníase, refere alguns aspectos que devem ser levados em conta quanto à acessibilidade, como o tempo de caminhada, o tempo de espera e deslocamento do transporte coletivo, bem como seu custo. A autora salienta aspectos levantados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que são de grande importância, como o fato de o serviço atender à demanda real proporcionando-lhe o acesso aos demais níveis hierárquicos do sistema de saúde. Para a autora, a atenção básica ainda encontra muitos obstáculos no sistema, quanto ao encaminhamento de usuários aos demais níveis de atenção; esta demanda deve ser revista para que o SUS possa funcionar de maneira mais eficaz, proporcionando uma real solução aos problemas apresentados pelos usuários.

Com base na bibliografia citada opta-se por conceituar acesso ao serviço de saúde como a possibilidade de o usuário conseguir chegar a algum, próximo a sua

residência, e receber um bom atendimento, sendo suas necessidades satisfeitas pelo mesmo ou, caso seja necessário, de que receba referenciamento a outro nível de atenção, sem que haja uma longa espera em nenhuma dessas instâncias e resultando em resolutividade.

Por outro lado, Assis, Villa e Nascimento (2003) acreditam que o acesso não é definido pela oferta e, sim, pela necessidade do usuário que, segundo essas autoras, se apresenta de várias formas, tais como a necessidade de determinado tipo de atenção, resolução da queixa, atenção que a equipe dispensa aos usuários, a localização geográfica da unidade de saúde, a disponibilidade de recursos humanos para a resolutividade de seu problema, credibilidade do serviço perante os usuários e a indicação de amigos e parentes que conhecem o serviço de saúde.

Neste sentido, Ramos (2001), em seu estudo referente ao acesso e acolhimento de usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, aponta algumas dificuldades levantadas por seus sujeitos, como as consultas com especialistas e odontólogos e o alcance a exames especializados.

Outro aspecto de que não se pode esquecer foi discutido por Favaret⁹ citado por Novakoski (1999): o acesso universalizado aumentou em muito a demanda ao serviço público de saúde, o que provocou um racionamento dos gastos e, por conseguinte, a queda da qualidade do atendimento prestado ao usuário. Esta citação expõe o grande problema enfrentado por alguns Municípios de nosso País que não possuem condições mínimas de pôr em prática o que foi teorizado na VIII Conferência Nacional de Saúde e consolidado no texto da Constituição de 1988.

Segundo Novakoski (1999), a visão negativa do Sistema Único de Saúde faz com que a população o veja como ineficiente, caótico e de qualidade questionável.

⁹ FAVARET FILHO, P. **A universalização excludente**: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989. (Mimeo)

Esta questão nos remete à importância que os serviços devem dedicar à criação de um vínculo com os usuários e à maneira com que acolhem os mesmos.

A tentativa de incluir o acolhimento e o vínculo nos serviços de saúde, traduz a proposta do modelo tecno-assistencial “Em Defesa da Vida”. Silva Junior (1998, p.100) ressalta os princípios que norteiam esse modelo; são eles: “a gestão democrática, a saúde como direito de cidadania e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva”. Logo, esta nova maneira de interpretar a assistência aos usuários pode responder aos ideais propostos na Constituição de 1988 e na Conferência Internacional de Alma-Ata.

A partir desta trajetória teórico-histórica, remete-se a uma questão básica, porém de extrema complexidade, a das desigualdades sociais e de saúde ou desigualdades sociais em saúde que estão permeando o Sistema Único de Saúde e a realidade social brasileira, vendo-as de uma maneira bastante abrangente, abarcando uma contextualização do indivíduo e do coletivo, não somente como um determinismo econômico que impõe uma maneira específica de vida para cada habitante de cada estrato social. Pensa-se que o ser humano seja um todo; além de econômico, é cultural, social e saudável possuindo condições e contextos de vida muito mais complexos do que se consegue expressar em classificações vistas, até o momento, em estudos populacionais.

Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde e sua utilização¹⁰ refletem as diferentes formas de desigualdades sociais e de seus impactos na saúde. As desigualdades ocorrem em diferentes níveis; podem ser macro-estruturais,

¹⁰ A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

abrangendo a sociedade como um todo, ou micro-estruturais, estando relacionadas, por exemplo, à organização, ao funcionamento dos serviços de saúde e às condições de acesso econômico, geográfico, funcional e cultural.

Acredita-se que não haja um determinismo direto entre as desigualdades sociais e de saúde. Segundo Nazareno (1999), esta relação é muito estudada em Saúde Pública, porém refere que esta é uma questão complexa e deve haver uma abordagem entre diversas disciplinas, utilizando-se o recurso da interdisciplinaridade. Relata que alguns estudos nessa área tratam de um nível bastante geral, baseados em grandes caracterizações da sociedade e utilizando métodos de estratificação da população, motivo que dificulta uma análise mais abrangente sobre as desigualdades em saúde.

Nazareno (1999) frisa a existência de trabalhos, em especial na área de Antropologia da saúde que revelam a não passividade do indivíduo perante as restrições sociais e econômicas que o atingem. Segundo Gerhardt (2003), este indivíduo é um ator social que busca estratégias individuais e coletivas para enfrentar suas dificuldades e gerenciar as situações de risco, não se submetendo às adversidades impostas pela sua condição social.

Concorda-se com Travassos *et al.* (2000, p. 134) que acreditam que

a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas. Inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades.

Os mesmos autores pensam que as desigualdades no uso dos serviços de saúde, na procura por eles, refletem desigualdades individuais no risco de adoecer e

morrer e seu comportamento perante a doença, assim como a oferta disponibilizada em cada sociedade (formas de financiamento, serviços e recursos).

Neste sentido, Pinheiro e Travassos (1999), em estudo referente à utilização de serviços de saúde por idosos, no Rio de Janeiro, relatam que os de melhor padrão de vida (condições econômicas e local de residência) possuem maiores chances de utilizá-los. Esta referência remete novamente a Travassos *et al.* (2000), quando mencionam a pluralidade existente no sistema de saúde brasileiro, devido aos diversos mercados de serviços de saúde com implicações variadas sobre a equidade do consumo.

Campos e Carvalho (2000), em estudo referente aos fluxos de utilização de serviços de saúde por parturientes, no município do Rio de Janeiro, destacam a desigualdade na distribuição geográfica. As autoras, em seu capítulo de conclusão, demonstram que os fluxos de gestantes se direcionam a regiões mais ricas da cidade, pois são os locais onde se encontram as melhores e maiores ofertas de serviços de saúde.

Neste estudo, conceituam-se os fluxos de utilização dos serviços de saúde pelos usuários como a busca por uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida por eles em busca do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade.

Para situar a referência sobre ação terapêutica, alguns pressupostos trazidos por Helman (2003) tornam-se relevantes nesta discussão. Segundo esse autor, três setores de assistência à saúde se sobrepõem e interagem na sociedade, o informal (outras alternativas terapêuticas sem a busca pelo serviço de saúde ou relações remuneradas), o popular (busca da cura por meio de pessoas que não

pertencem ao sistema médico oficial – curandeiros dos mais variados tipos) e o profissional (profissões da área da saúde reconhecidas legalmente).

Esta citação demonstra a diversidade de ações terapêuticas que podem ser acessadas pelos indivíduos, escolhas realizadas conforme suas necessidades, disponibilidades, condições socioeconômicas e culturais. No momento em que o usuário busca um serviço de saúde, o fluxo passa a envolver também os diferentes níveis de atenção em saúde, atenção básica, de média e de alta complexidade, pois a referência e a contra-referência também influenciam a trajetória do usuário. Mesmo considerando esta complexidade, o presente estudo está limitado aos fluxos oficiais que traduzem o acesso a estruturas formais do sistema de saúde.

Desta forma, Franco e Campos (1998, p. 353) relatam que, em nosso País,

a constatação da insuficiência na oferta dos serviços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais pobres, juntamente com o descompasso entre o aumento das necessidades, da oferta e dos investimentos, remete necessariamente à discussão sobre equidade e acessibilidade.

Assim, cabe ressaltar um importante aspecto encontrado no decorrer desta revisão bibliográfica sobre esta temática. Observa-se que as desigualdades sociais e de saúde ou desigualdades em saúde vêm sendo discutidas por alguns autores com variáveis que não conseguem responder à real complexidade desta perspectiva. Logo, utilizam-se alguns estudos para ilustrar esta afirmação.

Nunes *et al.* (2001) em estudo nacional, realizado nas grandes regiões do Brasil, para medir as desigualdades em saúde, utilizam-se de seis dimensões para as mesmas, visualizadas em duas categorias, a geográfica e a de renda. As dimensões são as seguintes: oferta de recursos humanos e capacidade; o acesso e utilização dos serviços de saúde; financiamento; qualidade da atenção; situação de

saúde; e, saúde e condições de vida. Essas dimensões são trabalhadas a partir de indicadores de saúde.

A maioria dos indicadores investigados se prestam muito bem ao planejamento financeiro, de recursos humanos e materiais; não se questiona sua aplicabilidade que, de fato, é importantíssima para a organização dos serviços de saúde, programas que envolvem a área da Saúde, enfim para fazer o sistema funcionar. Porém, torna-se difícil utilizar dados secundários (Pesquisas Nacionais Domiciliares – PNADs, Assistência Médica e Sanitária – AMSs, Pesquisa de Orçamento Familiar – POFs, DATASUS, outros dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e do Ministério da Saúde) de anos variados (periodicidade anual e variada), coletados com metodologias diversas, com abordagens diferenciadas, para realizar cálculos estatísticos e mostrar uma realidade.

Outro aspecto observado foi a grande vinculação com a categoria renda. As conclusões do estudo revelam as desigualdades espaciais e de renda, principalmente entre as grandes regiões do País, os estados do Norte com situação mais precária que os do Sul. Um estudo tão relevante e de tão amplo espectro quanto este poderia utilizar-se de uma metodologia mais fidedigna, como o uso de dados primários. Não se pode esquecer de que os dados secundários apresentam algumas restrições, ou seja, a qualidade dos mesmos, a utilização de macroespaços, o fato de serem expressos através de médias e, como já citado, os reais objetivos dos estudos utilizados, que, provavelmente, não eram o de medir desigualdades em saúde.

Dachs (2002) levanta outra dificuldade da utilização de certos dados secundários. Refere que as grandes investigações nacionais só possuem registros

de indivíduos que buscaram atenção; os que não recorreram ao sistema, ou por não necessitarem ou por falta de acesso, não são citados. Esta esquecida parcela da população, a demanda reprimida na busca dos serviços de saúde, pode identificar graves distorções no sistema de saúde, levando a situações de desigualdades, tanto sociais quanto de saúde. Outra dificuldade no desenvolvimento de pesquisas de grande alcance passa pela questão do tempo de duração, valor financeiro e pessoal dessas investigações, que, entretanto são de extrema importância para se abrir campo a novos objetos de pesquisa.

Como proposta de resolução destes problemas, Drachler *et al.* (2003) acreditam que a gestão pública deva se fundamentar no conhecimento da situação de saúde e do impacto das estratégias governamentais sobre a saúde e seus determinantes (por meio de indicadores de desigualdades), devido à situação imposta pelas desigualdades sociais em saúde e pelos recursos escassos. Acredita-se que este possa ser um caminho para, ao menos, tomar-se conhecimento da realidade do País.

Outro estudo de abordagem semelhante ao de Nunes *et al.* é o de Duarte *et al.* (2002), com intuito de mensurar e analisar as desigualdades em saúde nos estados e regiões brasileiras. Essa análise foi realizada a partir de aspectos socioeconômicos, geográficos, relacionados à composição populacional, por sexo e idade, e à prestação de serviços de saúde. Os indicadores de nível socioeconômico e demográfico utilizados no estudo foram: taxa de pobreza, taxa de alfabetização, grau de escolaridade, taxa de crescimento da população, grau de urbanização e regiões brasileiras. Novamente um estudo de abrangência nacional, em macroáreas, trabalhando com dados secundários onde se observa a questão da renda como central, tentando dar conta das desigualdades regionais. A conclusão evidencia a

falta de variáveis essenciais para a área da Saúde e também sugere que as desigualdades em saúde não são apenas regionais, mas também intra-regionais.

Por último, mais um exemplo deste tipo de investigação, o estudo de Silva *et al.* (2000). Neste trabalho buscou-se identificar os grupos populacionais que não eram alcançados pelo programa local de saúde materno-infantil. Desta vez, optou-se por um inquérito epidemiológico, obtendo-se, portanto, dados em fonte primária; porém, a população estudada estava dividida em quatro estratos de condições de vida e para discriminar esses estratos utilizaram-se as variáveis de tipo de moradia, as condições de saneamento básico, a renda e a escolaridade dos pais.

Observa-se que a maioria dos trabalhos que se propõem a estudar as desigualdades sociais e de saúde ou desigualdades em saúde, utilizam-se de variáveis e indicadores que não respondem à complexidade desse contexto. Esta perspectiva dificulta a compreensão da realidade a que a população está exposta e, efetivamente, a proposição de políticas públicas para a melhoria dessas condições. Existem poucos estudos que relacionam desigualdades e planejamento, organização do sistema de saúde e melhoria do acesso, da utilização dos serviços e dos fluxos. A maioria dos estudos se remete à condição socioeconômica, sem levar em consideração a complexidade da temática.

Com essa trajetória teórica, buscou-se, por um lado, embasar o problema de pesquisa sobre a situação dos municípios em estudo, quanto ao acesso dos usuários do sistema de saúde e, por outro lado, dar subsídios para trilhar o caminho metodológico da pesquisa.

2.3 Problematizando a temática em estudo

A construção da problemática encontra embasamento teórico na discussão da situação de saúde e condição socioeconômica, demográfica e ambiental dos oito Municípios em estudo e do referencial bibliográfico, possibilitando a escolha daquele que recebe a demanda a serviços de saúde. O programa de pesquisa interdisciplinar congrega uma série de estudos de abordagem interdisciplinar (conforme mencionado na introdução), sendo um dos objetivos aprofundar o conhecimento da realidade da área de estudo: oito Municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul.

A partir dos resultados obtidos na primeira etapa do programa, referentes ao diagnóstico socioambiental, econômico, demográfico e de saúde da área de estudo (cujos resultados serão apresentados no item 5), decidiu-se concentrar este estudo no município de Camaquã, município pólo dessa área e que ilustra situações diversas em um mesmo espaço.

A revisão de literatura percorre uma trajetória reflexiva da construção e implementação do atual sistema de saúde em vigor no Brasil, o Sistema Único de Saúde. O referencial envolve alguns aspectos relevantes que subsidiam a efetiva implementação desse novo modelo de saúde por meio de estratégias de organização do espaço geográfico (regionalização), entre outras. O acesso aos serviços de saúde traz uma discussão referente ao acesso geográfico, funcional, cultural e econômico, a questão dos fluxos de utilização de serviços de saúde e as desigualdades sociais e espaciais em saúde.

Esse embasamento enriqueceu a reflexão advinda da participação na primeira etapa do Programa Interdisciplinar sobre a diversidade socioeconômico-

demográfica e de situação de saúde, encontrada nesses Municípios. Observou-se que eles carecem de serviços de saúde municipais mais adequados para o atendimento dos usuários, o que provoca uma diluição da demanda em direção a outras cidades. Isto, de certa forma, acaba “inchando” os serviços de saúde de referência de alguns Municípios e dificultando o vínculo e o bom acolhimento dos usuários em relação aos seus profissionais. Como são Municípios de pequeno e médio porte – em relação a sua situação econômica e demográfica, alguns recém emancipados, a infra-estrutura de saúde ainda é precária, condicionando a busca de atendimento em Municípios vizinhos.

Camaquã configura-se como um pólo regional de crescimento urbano e pólo econômico mais desenvolvido e dinâmico da área de estudo, com grande concentração de serviços. O fluxo de usuários torna-se bastante intenso, na busca por serviços de saúde que supram as suas necessidades. Desta forma, escolheu-se esse Município para a realização deste estudo, cujo tema é a utilização dos serviços de saúde do município, observando-se o perfil destes serviços e a trajetória percorrida (fluxo) pelo usuário, em busca de atendimento, por meio dos diferentes tipos de acesso (geográfico, econômico, cultural e funcional) dos usuários nos serviços de média complexidade, permeado pelos determinantes macro e micro-sociais das desigualdades sociais e espaciais em saúde.

Neste sentido, foram propostas algumas questões básicas de pesquisa que buscavam responder ao problema levantado: de acordo com os tipos de serviços que existem, qual a trajetória (fluxo) de utilização dos mesmos? Quais são as dificuldades e facilidades de acesso ao serviço de saúde para o usuário? Como o serviço de saúde é visto pelo usuário? Quais são os motivos de utilização dos serviços de saúde?

Acredita-se que este estudo seja de relevância em vista da sua magnitude como subsídio a propostas de revisão das políticas públicas atuais, no que se refere à utilização dos serviços de saúde pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Desta forma, dar-se-á um retorno ao Município estudado.

Este tema tem grande importância para a área de Enfermagem, em face do potencial profissional que ela possui dentro dos serviços de saúde. Hoje a Enfermagem ocupa um papel essencial em muitos serviços de saúde de atenção básica, no que se refere ao planejamento e organização dos serviços e da sua rede. Isso reflete uma nova visão da Enfermagem em relação às necessidades apresentadas pelos usuários, potencializando, assim, a busca de melhoria das políticas de saúde locais.

O que se espera é que essa investigação, além de clarear os efeitos das desigualdades sociais na saúde, seja capaz de colocar em evidência as diferentes formas de utilização dos serviços de saúde, pelos fluxos e acesso dos usuários, permitindo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, de intervenções específicas mais eqüitativas, de “oferecer mais, de acordo com as diferentes necessidades”, e estimular ações de saúde comunitária mais adaptadas às diferentes realidades.

A formulação do problema de estudo subsidia os objetivos relatados a seguir.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a rede de serviços de saúde existente no município de Camaquã, RS e ilustrar a utilização da mesma, por meio da identificação dos fluxos de utilização, do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade, e o motivo que os levam ao uso desses serviços, no referido Município.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- caracterizar brevemente a situação socioeconômico-demográfica e de saúde de Camaquã;
- caracterizar a rede de serviços de saúde do Município em estudo;
- conhecer (por meio de mapeamento de fluxos) a trajetória percorrida pelo usuário para utilização dos dois serviços de saúde de média complexidade estudados, bem como as diferentes possibilidades de acesso aos mesmos;
- caracterizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde estudados;
- identificar os motivos que os levam à utilização desses serviços;

- buscar elementos que possam contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas;
- buscar subsídios para a construção de novas temáticas de estudos, contribuindo para o desenvolvimento das pesquisas disciplinares, no programa de pesquisa interdisciplinar, ao qual este estudo está vinculado.

4 METODOLOGIA

4.1 Pressupostos Metodológicos

Para empreender o estudo da rede de serviços de saúde, sua utilização, fluxos e acesso, utilizou-se a perspectiva metodológica de Gerhardt (2000). De acordo com esta, tem-se três níveis analíticos distintos: o primeiro nível se constitui de uma análise de diferentes aspectos do contexto local da área de estudo (oito Municípios). Nesse nível, realizou-se a caracterização socioeconômico-demográfico-ambiental e da situação de saúde na área de estudo, resultados que possibilitaram a escolha do município de Camaquã como foco do presente estudo, ou seja, contribuíram de forma essencial para a contextualização do problema de pesquisa. O segundo nível de análise constou da descrição e análise da situação de Camaquã como um todo, englobando o perfil socioeconômico-demográfico, as políticas de saúde, o perfil epidemiológico e a rede de serviços existente no Município. O terceiro nível de análise engloba a descrição e a análise dos processos de utilização dos serviços de saúde, as trajetórias terapêuticas, os recursos terapêuticos utilizados, os fluxos e acesso dos usuários e os motivos da utilização dos serviços de média complexidade de Camaquã, RS.

Este último nível foi desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa e qualitativa, com perspectiva metodológica definida como híbrida. Minayo e Minayo-Gómez (2003), referindo-se a essa combinação, relatam que são duas formas de comunicação diferenciadas, devendo ambas convergir para a mesma meta,

aproximando-se, o máximo possível, da realidade que se propõem a discutir. Os autores não consideram nenhuma das duas abordagens melhor do que a outra, acreditam que o bom método é que ajudará o encontro de respostas. Em relação ao aspecto híbrido-metodológico, concorda-se com Almeida Filho (2003, p. 149) quando afirma que

não se trata de um contínuo entre quantidade e qualidade [...] e sim de arranjos destinados a, com maior eficiência, produzir conhecimento a respeito de problemas concretos da natureza, da cultura, da sociedade e da história, problemas que se referem à saúde.

A escolha deste composto metodológico advém da necessidade de se aproximar de uma realidade complexa, sobretudo no campo da saúde coletiva, de forma que a abordagem quantitativa e a qualitativa “dialoguem para compor o mosaico do conhecimento sobre o problema” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 150).

Desta forma, Briceño-León (2003, p. 180-181) refere que, no momento em que se percebe, como importante, “a capacidade de dar respostas aos objetivos da investigação, a capacidade para compreender um processo social ou o comportamento dos indivíduos, a integração dos métodos quase se converte em uma necessidade”.

Briceño-León (2003) demonstra quatro modelos para a realização de estudos de natureza quanti-qualitativa. O presente estudo enquadra-se no terceiro modelo que o autor intitula “execução paralela da investigação quantitativa e qualitativa” (BRICEÑO-LEÓN, 2003, p.174). Segundo o autor, este modelo permite que ambas abordagens existam com força própria, ambas tenham “suas metas a alcançar com suas estratégias singulares metodológicas, portanto, não existe uma prioridade temporal ou conceitual entre um e outro componente; ambos podem ser feitos ao mesmo tempo” (BRICEÑO-LEÓN, 2003, p. 174-175). Complementa,

relatando que “este modelo permite ter duas visões sobre um fenômeno, propiciando um estudo mais ameno ao leitor e mais consistente nos seus resultados” (BRICEÑO-LEÓN, 2003, p.175).

Este estudo é transversal e do tipo descritivo e exploratório. Pereira (1995, p.298) relata que o estudo transversal informa sobre “a situação existente em um particular momento, o que é muito útil em planejamento de saúde”. Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo descritivo visa à observação, descrição e exploração de aspectos de uma situação. Triviños (1987) refere que o estudo exploratório permite ao investigador o aumento de sua experiência em torno de determinada problemática que está sendo trabalhada. Desta forma, acreditou-se ser possível uma primeira aproximação com a realidade estudada.

4.2 Área de Estudo

A área de estudo compreende dois serviços de saúde do município de Camaquã que têm condições de mostrar o fluxo de usuários entre os Municípios da área de estudo e do interior do próprio município de Camaquã. O primeiro serviço foi o Hospital Nossa Senhora Aparecida que serve de referência na região e que recebe muitos usuários de Municípios vizinhos, mesmo os que não estão na área de estudo do Programa Interdisciplinar. O segundo serviço foi o Pronto-Socorro municipal que é uma unidade anexa ao hospital. Esta escolha ocorreu devido à possibilidade que estes serviços têm de mostrar um maior número de pessoas procedentes de outros locais que não a sede municipal de Camaquã.

4.3 População em Estudo

A população estudada foi composta por usuários dos dois serviços de saúde estudados, no município de Camaquã. O estudo quanti-qualitativo foi desenvolvido de forma transversal com todos os usuários que estiveram internados no referido hospital ou que foram atendidos no Pronto-Socorro no momento em que se esteve coletando os dados, no período de 09 a 23 de março de 2004. Em relação ao número de usuários (fluxo) o período estudado não sofre algum tipo de interferência sazonal. Optou-se por entrevistar todos os usuários, em um dado momento, pois se estava caracterizando o sistema de saúde regional, ou seja, do Município e da área de estudo. As pessoas que não tiveram condições de responder às questões foram representadas por seus responsáveis (crianças, por exemplo).

Outra opção foi a de entrevistar os usuários de forma proporcional às internações e aos leitos, nos serviços de internação do Hospital Geral investigado (Hospital Nossa Senhora Aparecida). Para tanto, utilizaram-se os dados contidos no DATASUS (BRASIL, 2003b), referentes a dezembro de 2002. No Pronto-Socorro escolheu-se, aleatoriamente, o número de 30 usuários para realizar o estudo; esses estavam sendo atendidos ou aguardavam atendimento. O total de entrevistados foi de 150 usuários do Hospital Geral e Pronto-Socorro. O motivo da escolha deste número foi a sua representatividade, comprovada por um cálculo de amostra, com erro-padrão de 2,5% (PEREIRA, 1995). O mesmo autor refere que “um tamanho de amostra moderado seja suficiente para a maioria dos casos” (PEREIRA, 1995, p.350).

A técnica para definir os usuários que participaram da amostragem foi aleatória simples. Goldim (2000, p.50) refere que “esta técnica implica em que todos os elementos da população estudada tenham uma probabilidade igual e independente de serem selecionados antes do início do processo”. No total das entrevistas, houve apenas quatro recusas em participar.

A caracterização da rede de serviços de saúde do Município foi realizada no mês de fevereiro de 2004, por meio de entrevistas e da coleta de documentos com informantes-chave nos serviços da rede de saúde de Camaquã. Também nesse mês foi desenvolvido o teste piloto, quando foram realizadas 10 entrevistas e a preparação do campo para o desenvolvimento da coleta de dados com os usuários do Hospital Geral e Pronto-Socorro em estudo.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma pesquisa quanti-qualitativa nos dois serviços de saúde, anteriormente mencionados, no município de Camaquã. Assim, pretendeu-se melhor caracterizar o fluxo de usuários entre os diferentes Municípios, as possibilidades de acesso aos serviços e identificar os motivos que levam à utilização de determinados tipos de serviços de saúde.

O instrumento de pesquisa foi uma entrevista semi-estruturada (Apêndice D), sendo a mesma gravada em fita cassete e, após, transcrita. A maioria dos entrevistados se constrangeu com a gravação e preferiu não utilizá-la, portanto, para

o registro, utilizou-se um diário de campo, como forma complementar ao estudo. Segundo Lopes (1993, p. 132), o diário de campo

é uma técnica de pesquisa de campo que permite o registro do detalhamento das informações, observações e reflexões surgidas no decorrer da investigação ou no momento observado. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal sobre os interlocutores, grupos e ambientes estudados. Podemos considerá-lo um instrumento de interpretação-interrogação pelas suas características.

Durante a caracterização da rede de serviços de saúde utilizou-se um roteiro para as entrevistas (Apêndice E) com representantes do poder público e informantes-chave na rede de serviços de saúde, bem como um diário de campo para as anotações pertinentes.

4.5 Análise de Dados

Na análise dos dados, utilizou-se o material coletado em entrevistas com representantes do poder público e dos serviços de saúde do município de Camaquã; documentos e relatórios obtidos junto aos entrevistados, bem como dados secundários e primários coletados no âmbito do Programa Interdisciplinar na fase do diagnóstico global do conjunto de Municípios estudados, além das entrevistas realizadas junto a usuários do Hospital Geral e Pronto-Socorro investigados.

A análise dos dados quantitativos foi desenvolvida pela codificação dos mesmos e posterior inserção em um banco de dados elaborado no *software* Epi Info 6.04, sendo realizadas análise freqüencial ou univariada e análise bivariada (CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994). Segundo Polit e

Hunglert (1995, p. 235), a análise univariada é utilizada para descrever uma variável de cada vez; já a bivariada “preocupa-se com as relações entre as variáveis”. Para tanto, utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado, para avaliar a significância estatística nos cruzamentos de variáveis.

A análise de dados qualitativos, complementares no estudo, ocorreu pela categorização temática. Para tanto, foi utilizado o referencial sobre análise de conteúdo. Conforme Bardin (1979, p.117), “as categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos”.

Complementando o caminho metodológico, Minayo (1996, p.209) afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Segundo a mesma autora, a análise temática acontece em três fases:

- pré-análise: sendo o período em que se organiza o material a ser analisado e criam-se indicadores que possam levar à análise final;
- exploração do material: é o momento em que se codifica o material; primeiro, faz-se um recorte do texto, após, escolhem-se regras de contagem e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase se trabalham os dados brutos, podendo-se, então, realizar inferências sobre os achados do estudo.

4.6 Considerações Éticas

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os sujeitos foram esclarecidos oralmente sobre os objetivos do estudo e, após, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) para confirmar o aceite de participação no projeto, por meio da assinatura, pessoal ou por representante legal, do documento, sendo que foi garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de lhes ser assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa.

O projeto do Programa Interdisciplinar intitulado “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil” foi submetido à avaliação do Comitê de Pesquisa da Faculdade de Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo A). Desta forma, as questões éticas da presente dissertação recaem sobre o Programa Interdisciplinar, ao qual a mesma se encontra vinculada.

No município de Camaquã recebeu-se a autorização do Secretário Municipal de Saúde e uma carta de apresentação, assinada por ele, autorizando a visita à rede de serviços do Município (Anexo B).

No Hospital Nossa Senhora Aparecida recebeu-se autorização verbal para realização do estudo nessa instituição. Houve o comprometimento de retornar os dados à Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e ao próprio Hospital.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e a discussão dos dados da pesquisa serão apresentadas em dois momentos. Num primeiro momento, discorrer-se-á sobre o município de Camaquã, contemplando um breve perfil socioeconômico-demográfico e epidemiológico e a caracterização da sua rede de serviços de saúde cujo objetivo é trazer alguns elementos contextuais que possam contribuir para as análises subseqüentes. O momento seguinte trará as questões levantadas nas entrevistas, realizadas junto aos usuários dos dois serviços de média complexidade, em estudo, respondendo, desta forma, aos objetivos de: conhecer a trajetória percorrida pelo usuário para a utilização dos serviços de saúde; caracterizar o acesso aos mesmos e, identificar os motivos que o levam a sua utilização.

5.1 A situação de saúde nos oito municípios do Programa Interdisciplinar: subsídios para a análise da problemática

A situação de saúde dos oito Municípios da área de estudo abrange vários aspectos; o primeiro a ser abordado é a análise das questões que permeiam o acesso aos serviços de saúde, a partir de dados primários e secundários. Em primeiro lugar, buscou-se salientar os diferentes níveis de atenção assistencial nos Municípios em estudo (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição dos serviços de saúde disponíveis nos oito municípios em estudo, no período de 2001/2003.

	Atenção básica de saúde*	Atenção de média complexidade**	Atenção de alta complexidade***	Vigilância Sanitária	PACS
Arambaré	3	1	-	-	1
Camaquã	13	2	-	1	1
Canguçu	7	2	-	1	1
Chувиска	1	-	-	-	1
Cristal	1	-	-	-	1
Encruzilhada do Sul	7	1	-	1	1
Santana da Boa Vista	4	1	-	1	1
São Lourenço do Sul	14	2	-	1	1

Fonte: dados primários e secundários; ROESE, A.; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E., 2003.

Para o PACS: 1=existe e 0=não existe.

* Atenção básica de saúde: unidades básicas de saúde.

** Atenção de média complexidade: pronto-socorro geral, hospital geral.

*** Atenção de alta complexidade: pronto-socorro especializado, hospital especializado.

Observa-se nessa tabela que o principal tipo de atenção à saúde, existente nos Municípios em questão, é a básica. Esta realidade evidencia a necessidade de procura de assistência de média e alta complexidade em outros Municípios, bem como de consultas médicas especializadas que, geralmente, os Municípios em estudo não possuíam, tais como Traumatologia e Neurologia.

Outra informação relevante é que, a maioria dos serviços de saúde, encontra-se na sede dos Municípios, o que pode provocar dificuldades de acesso a moradores das áreas rurais (em sua maioria) e, conseqüentemente, desigualdade no atendimento das necessidades desses indivíduos, bem como na promoção de sua saúde.

A tabela 2 nos revela um ponto crítico dos Municípios estudados, qual seja a questão da despesa com saúde por habitante. Pelos dados do Censo 2000 e do DATASUS (BRASIL, 2003b), observa-se que alguns dos Municípios que possuem serviços de saúde básicos e pouco qualificados têm maior gasto por habitante.

Este fato pode estar relacionado à “ambulâncioterapia” muito presente nos Municípios ou ao repasse de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) para aqueles que recebem os usuários, para hospitalização. Outra hipótese é a presença do modelo liberal-privatista, caro e hospitalocêntrico, além da possibilidade de ser oneroso manter uma precária rede de serviços de atenção básica.

Estas hipóteses são difíceis de ser respondidas, com poucas informações; no entanto, algo está acontecendo nesses municípios para haver este gasto. No decorrer do trabalho será discutida a questão do financiamento do sistema de saúde vigente no País.

TABELA 2 – Despesa total com saúde por habitante nos oito municípios em estudo, no ano de 2000.

Despesa saúde/hab	Em R\$	Nº hab/2000
Arambaré	139,78	3.917
Camaquã	36,78	60.383
Canguçu	29,49	51.447
Chuívisca	96,02	4.502
Cristal	75,64	6.632
Encruzilhada do Sul	35,29	23.902
Santana da Boa Vista	83,67	8.621
São Lourenço do Sul	71,48	43.691

Fonte: dados secundários; ROESE, A.; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E., 2003.

A tabela 3 traz os dados de morbidade por causas mais freqüentes, nos oito Municípios em estudo. Morbidade diz respeito aos problemas de saúde apresentados pela população em determinado período de tempo. Os dados não são de muita confiabilidade, pois as fontes secundárias trouxeram apenas as referências às internações hospitalares e os dados primários foram provenientes de autoridades e trabalhadores da área da saúde o que revela a dificuldade em se mensurar as doenças no próprio microespaço (o Município) e a grande proporção de “achismos” nas entrevistas.

No entanto, nos dados de que se dispõe, observa-se que as doenças dos aparelhos respiratório e circulatório, neoplasias e doenças de longa duração, configuram a morbidade nos Municípios em estudo, evidenciando um perfil de doenças de uma população idosa.

TABELA 3 – Morbidade por causas mais freqüentes nos oito municípios em estudo, no período de 2001/2003.

Morbidade	1º	2º	3º
Arambaré	Aparelho respiratório	Aparelho circulatório	Agravos de longa duração*
Camaquã	Aparelho circulatório	Neoplasias	Aparelho respiratório
Canguçu	Agravos de longa duração*	Aparelho respiratório	Alcoolismo
Chuívisca	Aparelho circulatório	Agravos de longa duração*	Alcoolismo
Cristal	Agravos de longa duração*	Neoplasias	Obesidade
Encruzilhada do Sul	Aparelho respiratório	Aparelho circulatório	Agravos de longa duração*
Santana da Boa Vista	Aparelho respiratório	Aparelho circulatório	Neoplasias
São Lourenço do Sul	Aparelho respiratório	Neoplasias	Aparelho circulatório

Fonte: dados primários; ROESE, A.; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E., 2003.

* Agravos de longa duração: diabete, hipertensão.

Já os dados referentes à mortalidade geral (Tabela 4) e mortalidade infantil (Tabela 5), em sua maioria, ultrapassam a média estadual. Entretanto, torna-se necessário avaliar essas informações a partir dos dados absolutos a fim de relativizar os coeficientes e propor ações pertinentes, embasadas na correta interpretação dos dados. Os coeficientes são elevados; porém, quando se observa o número absoluto pode-se concluir que quando acontece um evento em uma população pequena o percentual será elevado. Além disto, constatou-se, em campo,

a diferença entre os dados secundários e a realidade observada, muitos aspectos são contraditórios. Portanto, é necessário o uso criterioso de dados dessa natureza.

TABELA 4 – Coeficiente de Mortalidade Geral e valor absoluto nos oito municípios em estudo, no ano de 2000.

Mortalidade Geral	CMG (‰)	Valor absoluto
Arambaré	6,6	26
Camaquã	6,9	417
Canguçu	8,0	411
Chувисса	6,2	28
Cristal	6,8	45
Encruzilhada do Sul	8,7	208
Santana da Boa Vista	8,7	75
São Lourenço do Sul	8,4	368

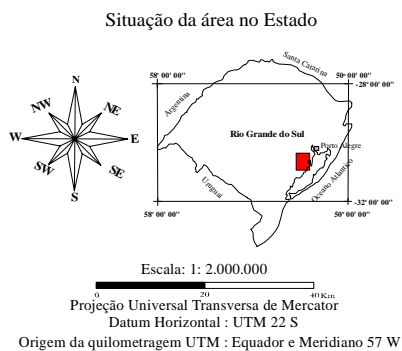
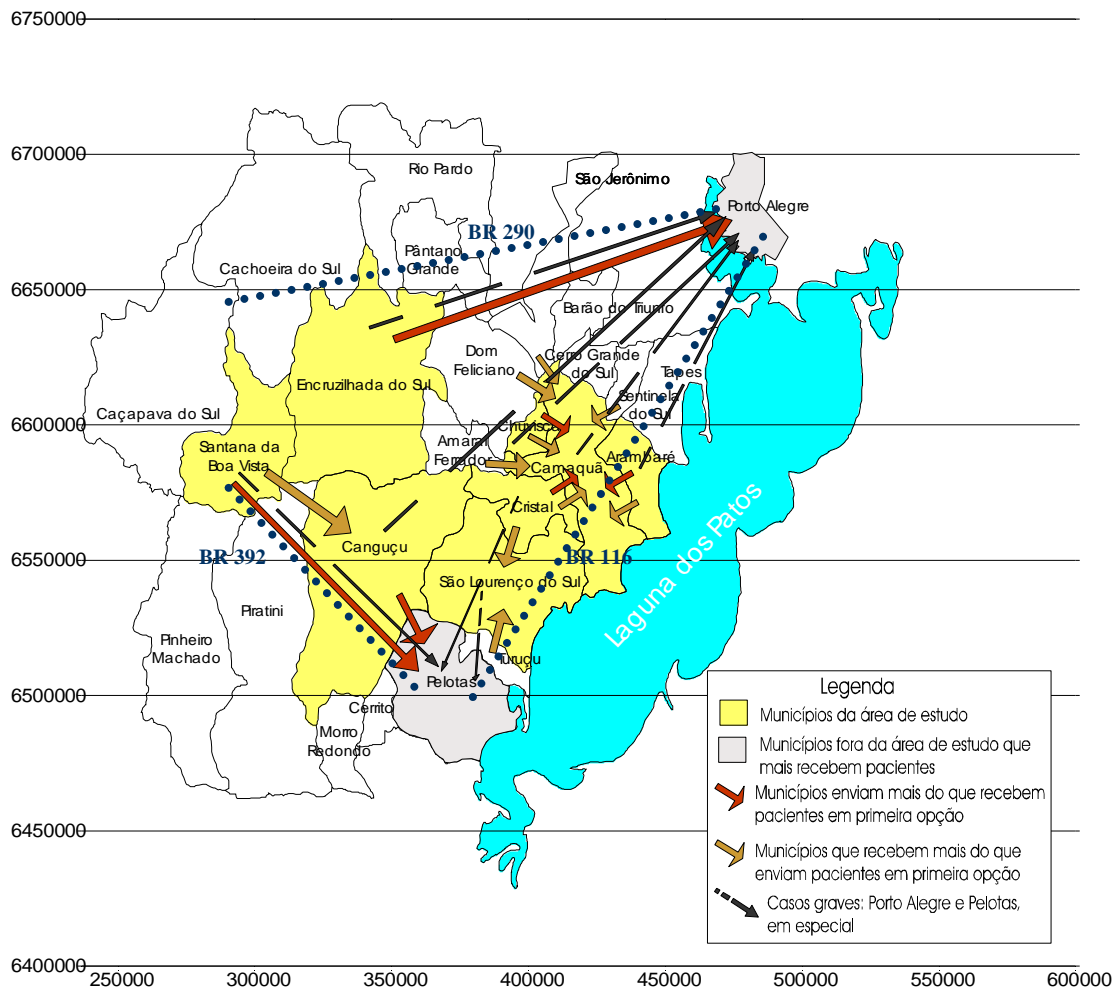
Fonte: dados secundários; ROESE, A.; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E., 2003.
Coeficiente de Mortalidade Geral do RS = 6,6.

TABELA 5 – Coeficiente de Mortalidade Infantil e valor absoluto nos oito municípios em estudo, no ano de 2000.

Mortalidade Infantil	CMI (‰)	Valor absoluto
Arambaré	0,0	00
Camaquã	16,9	19
Canguçu	17,3	14
Chувисса	12,7	01
Cristal	14,8	02
Encruzilhada do Sul	21,6	10
Santana da Boa Vista	31,3	04
São Lourenço do Sul	21,0	13

Fonte: dados secundários; ROESE, A.; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E., 2003.
Coeficiente de Mortalidade Infantil do RS = 15,1.

A figura 1, construída a partir de entrevistas com informantes locais e de dados secundários, remete à questão que se pretende estudar: o acesso dos usuários e os fluxos de utilização dos serviços de saúde, o que será discutido na seqüência, a partir do aporte teórico. Quanto aos fluxos de utilização dos serviços de saúde, pode-se observar uma importante movimentação para os municípios de Camaquã, Pelotas e Porto Alegre.



PGDR - UFRGS		
Projeto: Prointer		
Detalhe: Mapa de Fluxos da Utilização dos Serviços de Saúde (especialidades) - 2002/2003.		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira	
Geóg. Ney Fett Júnior		
Mapeamento elaborado a partir de dados dos Relatórios de Campo, 2002/2003		
Data: Outubro/03	Escala: 1:2.000.000	

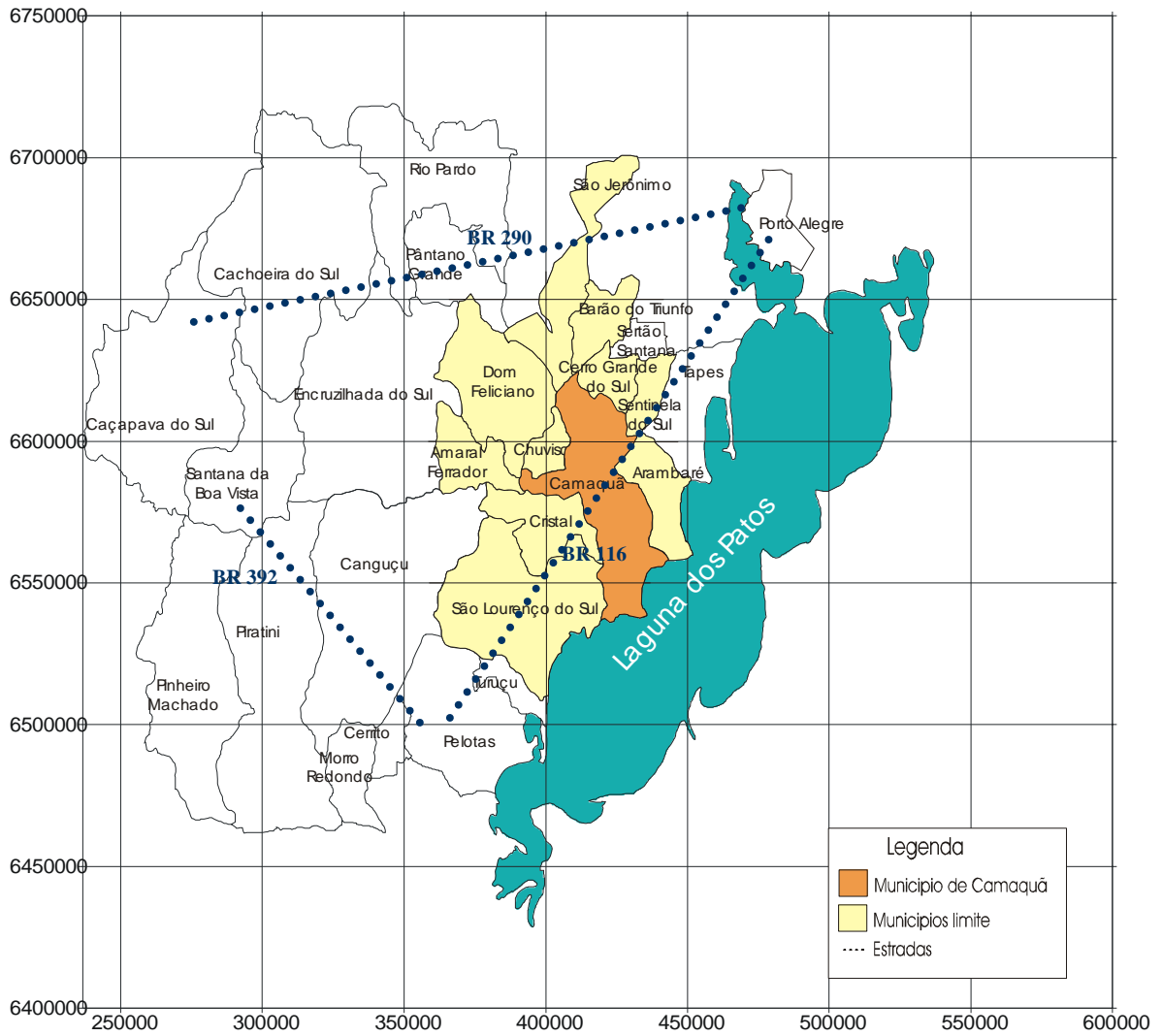
Fonte: ROESE, A.; LIMA, J.C.G., GERHARDT, T. E., 2003.

FIGURA 1 – Fluxos da utilização dos serviços de saúde (especializados) dos oito municípios da área de estudo, no período de 2002 a 2003.

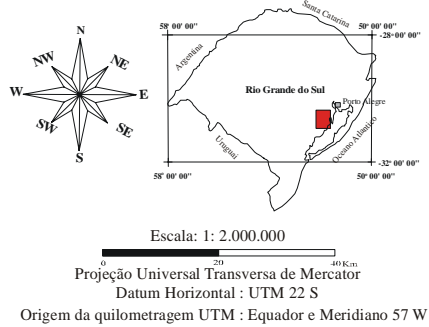
Esta trajetória é facilitada pela presença de estradas asfaltadas que levam aos três Municípios, que sustentam a hipótese de que as pessoas prefiram percorrer um trajeto maior por estradas em melhor estado de conservação do que pequenas distâncias em estradas de chão.

Em relação aos Municípios estudados, Camaquã é o que recebe a demanda de usuários aos serviços de saúde da área de estudo e de outros Municípios vizinhos. Acredita-se que haja três hipóteses para isso. Primeiro, o fato de o município de Camaquã ser pólo regional de serviços. Segundo, possuir atendimento qualificado em algumas especialidades e exames, mas principalmente um Pronto-Socorro e um Hospital, onde, na época da visita dos pesquisadores, estava em adiantada fase de estruturação de uma Unidade de Terapia Intensiva. Terceiro, a facilidade geográfica (proximidade, estradas em bom estado), também de movimentação dos usuários de Municípios vizinhos. O que parece ser bem forte é a procura desses serviços em primeiro lugar e, após, caso haja necessidade de um atendimento mais complexo há o encaminhamento do usuário para Pelotas ou Porto Alegre.

O Município encontra-se na Planície Costeira do Rio Grande do Sul e seus limites são bastante amplos: - ao norte: Sentinela do Sul, Cerro Grande do Sul, Barão do Triunfo e São Jerônimo; - ao sul: São Lourenço do Sul e a Laguna dos Patos; - ao leste: Arambaré; - ao oeste: Cristal, Amaral Ferrador, Dom Feliciano e Chувиска. O transporte coletivo da região também possui, como ponto de parada, o município de Camaquã, o que levanta a hipótese de ser uma facilidade do acesso aos serviços que se encontram em sua sede (Figura 2).



Situação da área no Estado



PGDR - UFRGS	
Projeto: Prointer	
Detalhe: Mapa dos municípios limites do município de Camaquã.	
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS	
Responsáveis Técnicos:	
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira
Geóg. Ney Fett Júnior	
Mapa elaborado a partir de dados da Secretaria Municipal de Infraestrutura, 2003.	
Data: Dezembro/2004	Escala: 1:2.000.000

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 2 – Limites político-administrativos do município de Camaquã, RS, 2004.

Observa-se que municípios como Canguçu, Encruzilhada do Sul e São Lourenço do Sul possuem uma boa estrutura, com atenção básica e de média complexidade, e que encaminham casos mais graves ou de especialidades inexistentes, principalmente para Porto Alegre.

O município de Arambaré possui uma unidade e dois centros de saúde (um deles com atendimento durante 24 horas), que contam com poucos especialistas; porém, estão concluídas as obras de uma Casa de Saúde para melhorar o atendimento. Os encaminhamentos necessários são realizados para Camaquã, Pelotas e Porto Alegre.

Cristal possui um único centro de saúde que funciona durante 24 horas; os casos que necessitam encaminhamento seguem para Camaquã, São Lourenço do Sul, Pelotas ou Porto Alegre.

Santana da Boa Vista é um município de difícil acesso geográfico, além de estrada com pavimentação e conservação precárias. Segundo DATASUS (BRASIL, 2003b), o município possui sete centros de saúde, quando, na realidade, o que existe é uma unidade de saúde, na sede municipal, três unidades de saúde, na área rural (funcionamento esporádico) e um hospital filantrópico, com escassez de recursos humanos.

A especificidade encontrada nesse município foi a de que os encaminhamentos para assistência de maior complexidade são realizados apenas pelo médico plantonista e são referenciados para os municípios de Pelotas e de Canguçu em que o acesso depende da ambulância ou automóvel, cedido pela Prefeitura, para o deslocamento. A população não sai do Município à procura de atendimento diretamente, sem encaminhamento, como ocorre em outras localidades

e, apesar de haver outros profissionais médicos na cidade, somente um pode referenciar e internar.

Por último, o município de Chuvisca possui um centro de saúde que atende durante 24 horas, porém a população prefere deslocar-se até Camaquã ou Dom Feliciano, devido à qualidade do serviço de saúde, que não possui profissionais habilitados.

A situação de saúde possibilita a visualização dos oito Municípios da área de estudo em diferentes hierarquias. Alguns não possuem representatividade local, regional ou nacional, tais como Arambaré, Cristal, Chuvisca, Encruzilhada do Sul e Santana da Boa Vista. Já São Lourenço do Sul e Canguçu despontam como pólos locais e Camaquã como pólo regional. Desta forma, constata-se que o município de Camaquã concentra a demanda a serviços de média complexidade, o que o torna referência entre os Municípios vizinhos, e promove fluxos de utilização desses serviços de saúde (ROESE; LIMA; GERHARDT, 2003).

A partir desta descrição pode-se observar que São Lourenço e Canguçu configuram como pólos locais¹¹; Camaquã, Pelotas e Rio Grande como pólos regionais¹²; e, Porto Alegre como pólo nacional¹³.

Os resultados preliminares possibilitam uma primeira análise de cunho epidemiológico nos oito Municípios estudados. A partir destas informações, identificou-se o município de Camaquã como alvo deste estudo intitulado “Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS”, pois recebe a demanda regional, sendo o pólo econômico, demográfico e de serviços da área de estudo.

¹¹ Pólo local: município que consegue atender à maioria das demandas de sua população.

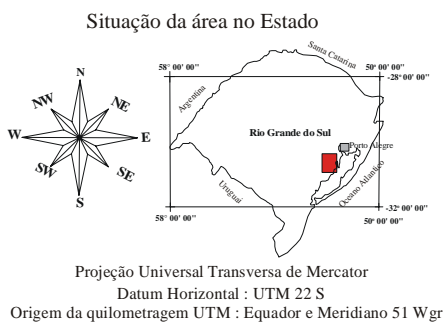
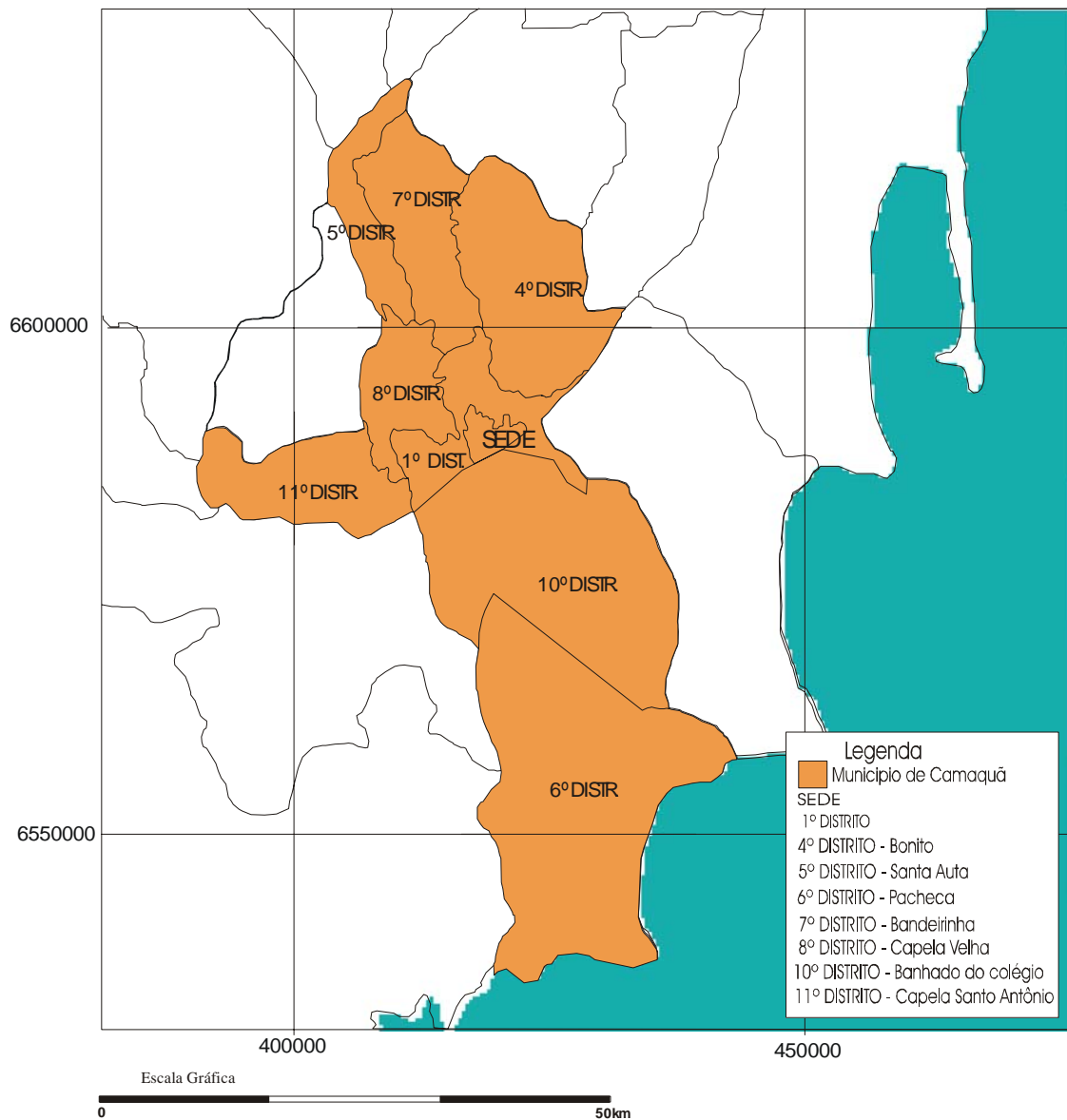
¹² Pólo regional: município que atende às demandas do próprio município e de outros vizinhos.

¹³ Pólo nacional: município que atende às demandas do próprio município e de municípios de todo o Estado e fora deste.

5.2 Breve perfil socioeconômico-demográfico do município de Camaquã, RS

O município de Camaquã está situado à sudeste do Estado do Rio Grande do Sul, na região conhecida por “Metade Sul”. Localiza-se à margem direita da Laguna dos Patos e à margem esquerda do rio Camaquã. Dista 130 quilômetros da Capital do Estado, Porto Alegre. A Rodovia Federal – BR116 – passa pelo Município, motivo que facilita o acesso ao mesmo. Camaquã tem por limites, ao norte, os municípios de Sentinela do Sul, Cerro Grande do Sul, Barão do Triunfo e São Jerônimo; ao sul, São Lourenço do Sul e Laguna dos Patos; ao leste, Arambaré; e, ao oeste, Cristal, Amaral Ferrador, Dom Feliciano e Chувиска, como se observou na figura 2. O município de Camaquã é composto por oito distritos da área rural e pela sede municipal (Figura 3).

É um Município de 1682 km² e possui 62032 habitantes, segundo estimativa do IBGE para o ano de 2003. Desses, 50,3% são mulheres e 49,7% homens. A população divide-se em 26,6% com menos de 15 anos, 62,3% entre 15 e 59 anos e 11,1% acima de 60 anos. As mulheres em idade fértil (com idade entre 15 e 49 anos) representam 53,2% do total de mulheres (BRASIL, 2003b).



PGDR - UFRGS	
Projeto: PROINTER	
Detalhe: Mapa dos distritos do município de Camaquã.	
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS	
Responsáveis Técnicos:	
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira
Mapa elaborado a partir de dados da Secretaria Municipal de Infraestrutura, 2003.	
Data: Dezembro/2004	Escala aproximada 1: 5.500.000

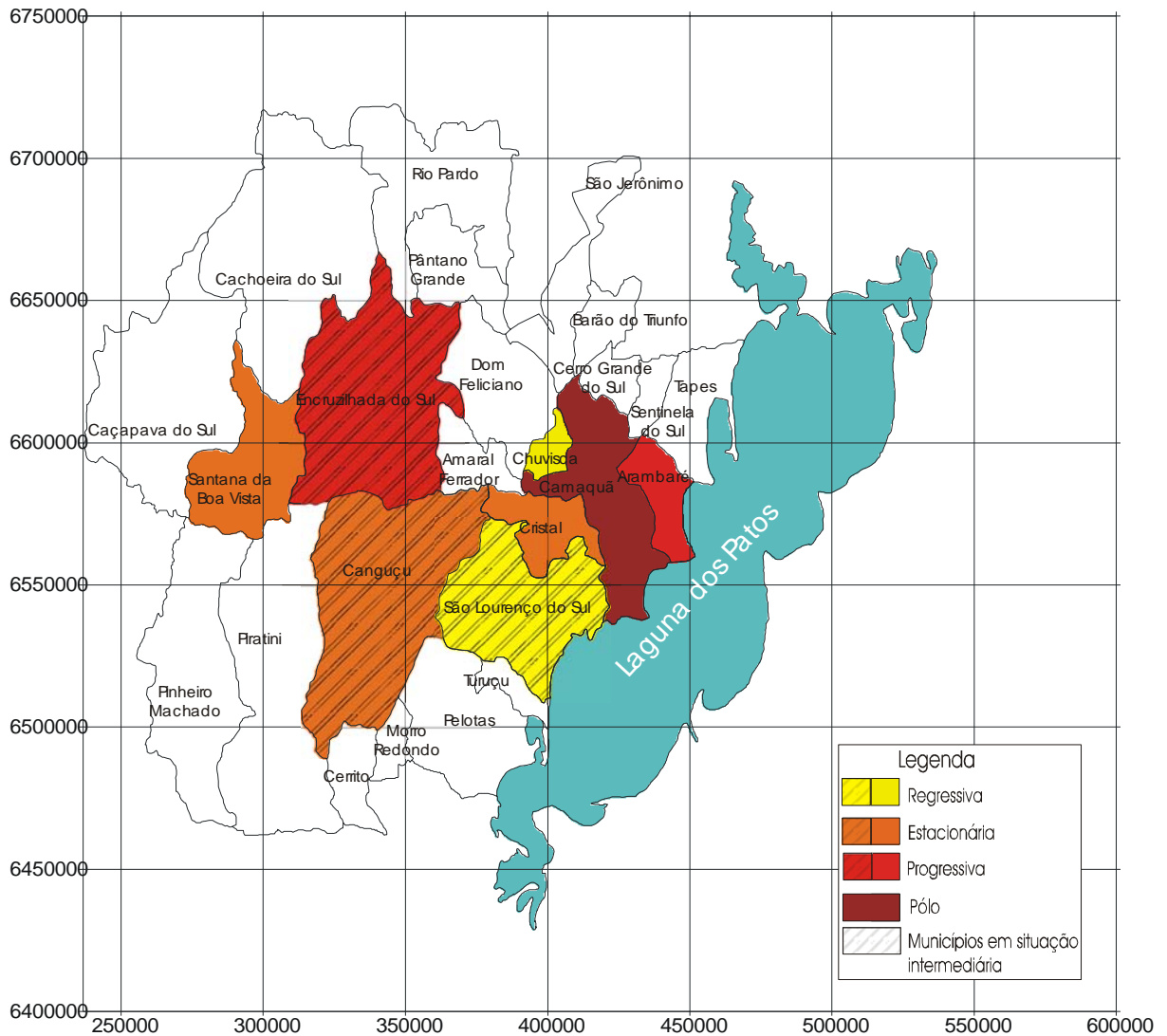
Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 3 – O município de Camaquã, RS, e sua sub-divisão político-administrativa – sede municipal e oito distritos da área rural, 2004.

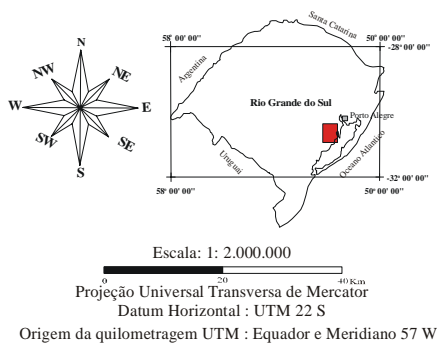
Consta no texto do Projeto PSF do Município que a densidade populacional do município é de 36622 hab/km² (CAMAQUÃ, 2003d). Observou-se, porém que esse número era extremamente elevado. Buscou-se auxílio no Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 1998), bem como nos dados já existentes no PROINTER, e identificou-se que o município de Camaquã está na faixa de 10 a 100 hab/km². Refazendo os cálculos, observou-se que, na realidade, este resultado é de 36,6 hab/km², ou seja, o Município possui uma baixa densidade populacional, seguindo a média regional que é de 36 hab/km² (Anexo C). Segundo Dollfus (1978, p. 65), um índice ótimo (“*optimum*”) de população é resultado de “um equilíbrio entre um certo tipo de sociedade e um espaço geográfico”.

No âmbito do PROINTER foi desenvolvido o mapa da situação demográfica (Figura 4), distribuindo os oito Municípios em quatro diferentes classes: pólo (taxa de crescimento populacional maior que a média regional e a densidade populacional maior que a média); progressiva (taxa de crescimento maior que a média e densidade populacional menor); estacionária (taxa de crescimento menor que a média e densidade também menor); e, regressiva (taxa de crescimento menor que a média e densidade populacional maior). O município de Camaquã é caracterizado como sendo um pólo demográfico da área de estudo, constituída pelos oito Municípios da “Metade Sul” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2004).

A população do município de Camaquã é predominantemente urbana. Pode-se constatar a presença de vários problemas característicos de Municípios



Situação da área no Estado



PGDR - UFRGS		
Projeto: Pointer		
Detalhe: Mapa da situação demográfica comparada.		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira	
Geóg. Ney Fett Júnior		
Mapeamento elaborado a partir de dados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000 e Contagem da População 1996, IBGE.		
Data: Março/04	Escala 1:2.000.000	Situação demográfica comparada.

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2004.

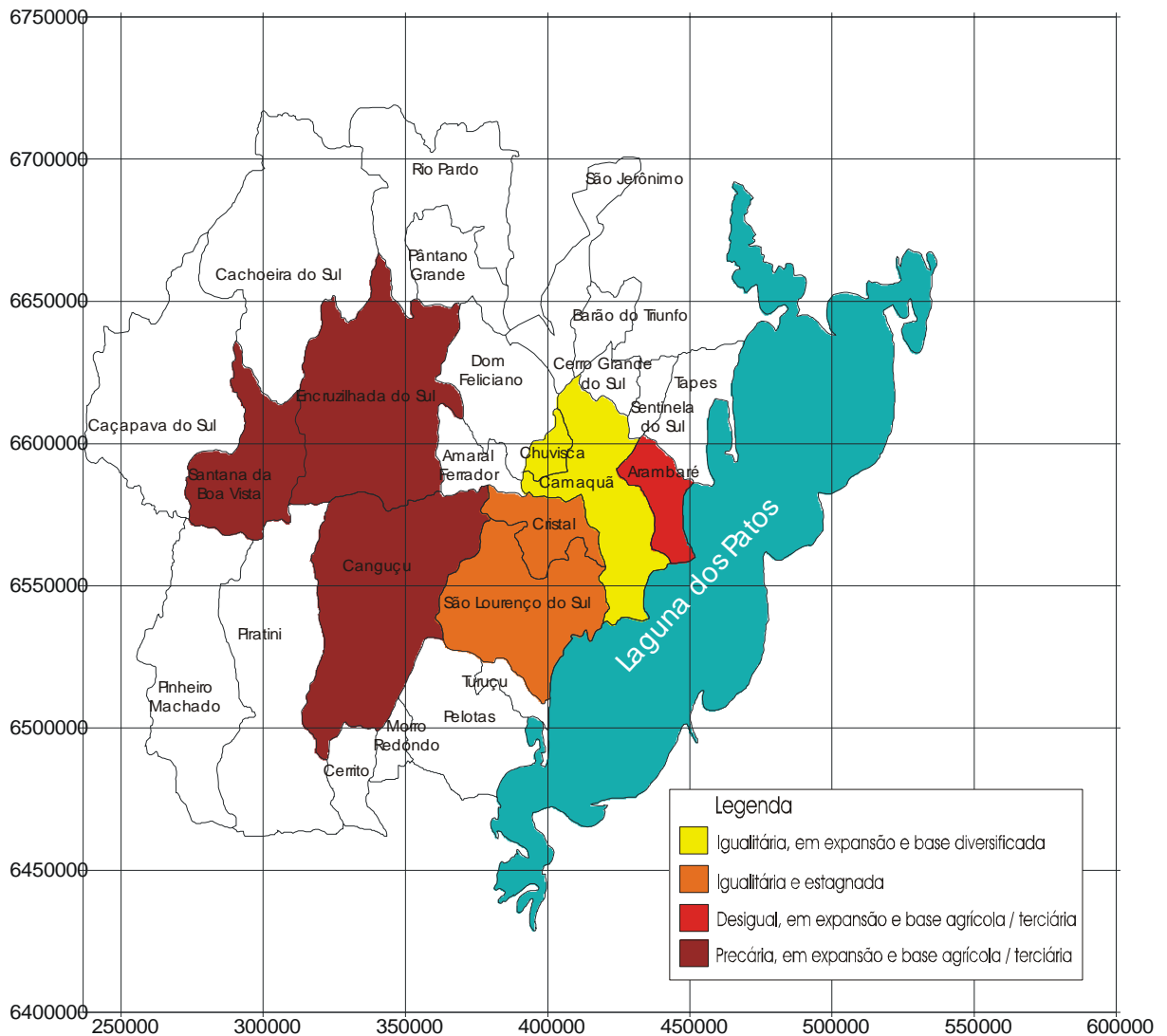
FIGURA 4 – Situação demográfica dos oito municípios da área de estudo, 2004.

brasileiros de médio porte, tais como a presença de favelas, problemas sociais relacionados à miséria, desemprego, drogas, violência, entre outros (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

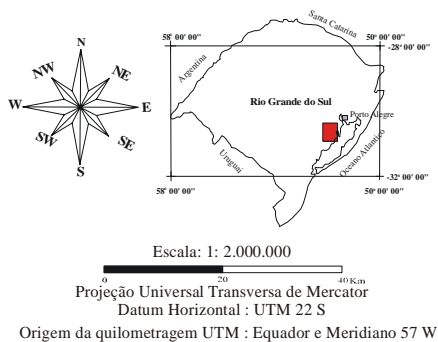
A situação econômica de Camaquã destaca-se em relação aos demais Municípios estudados pelo Programa Interdisciplinar devido ao elevado valor do PIB *per capita*, próximo àquele do Estado e pela grande participação do setor industrial em sua composição (beneficiamento de arroz e curtumes), bem como pela presença do setor comercial, evidenciando uma diversificação da sua base econômica. A agricultura do município é diversificada ocorrendo a presença do cultivo de arroz, bovinocultura de corte, produção fumageira e policultura (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O setor primário, a agropecuária perfaz 26,9% do total; o setor secundário, indústrias (transformação e beneficiamento) e comércio (atacadista e varejista) perfazem, juntos, 62,89%; e, o setor terciário, de serviços, 10% do total (CAMAQUÃ, 2003d).

O PROINTER também desenvolveu um mapa referente à situação econômica dos municípios da área de estudo deste programa. A figura 5 demonstra esta situação através de quatro categorias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2004): igualitária, em expansão e base diversificada (representado por Camaquã e Chувиска); igualitária e estagnada (representado por Cristal e São Lourenço do Sul); desigual, em expansão e base agrícola / terciária



Situação da área no Estado



PGDR - UFRGS		
Projeto: Pointer		
Detalhe: Mapa da situação econômica.		
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira	
Geóg. Ney Fett Júnior		
Mapeamento elaborado a partir de dados do Anuário Estatístico do RS 1998, FEE e Censo Demográfico 2000, IBGE.		
Data: Março/04	Escala 1:2.000.000	Mapa da situação econômica.

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2004.

FIGURA 5 – Situação econômica dos oito municípios da área de estudo, 2004.

(Arambaré); precária, em expansão e base agrícola/terciária (Santana da Boa Vista, Canguçu e Encruzilhada do Sul)¹⁴.

Os dados referentes ao saneamento básico do Município (população urbana e rural) revelam que apenas 53,2% dos domicílios estão ligados à rede geral, 24,9% possuem fossa séptica e os demais, outros tipos de sistema de esgoto (BRASIL, 2003b). Camaquã conta, ainda, com 10 parques e praças e uma área de preservação em estudo, o parque do Arroio Duro (CAMAQUÃ, 2003b).

5.2.1 Área urbana do município de Camaquã, RS

As entrevistas realizadas junto aos representantes do Poder Público Municipal e o material levantado sobre o Município, identificaram que, a maioria dos dados existentes, referem-se à sede municipal.

Camaquã possui uma taxa de urbanização de 79,54% e um perímetro urbano de 37,58 km². Este conta com 281.600 metros lineares de ruas, sendo que 76,95% dessas não possuem pavimentação, mas 93,3% dispõem de canalização de esgoto e 96,82% têm iluminação pública (CAMAQUÃ, 2003b).

A sede municipal situa-se, praticamente, no centro de Camaquã, à direita da BR116. Atua como um centro urbano, relativamente dinâmico em termos

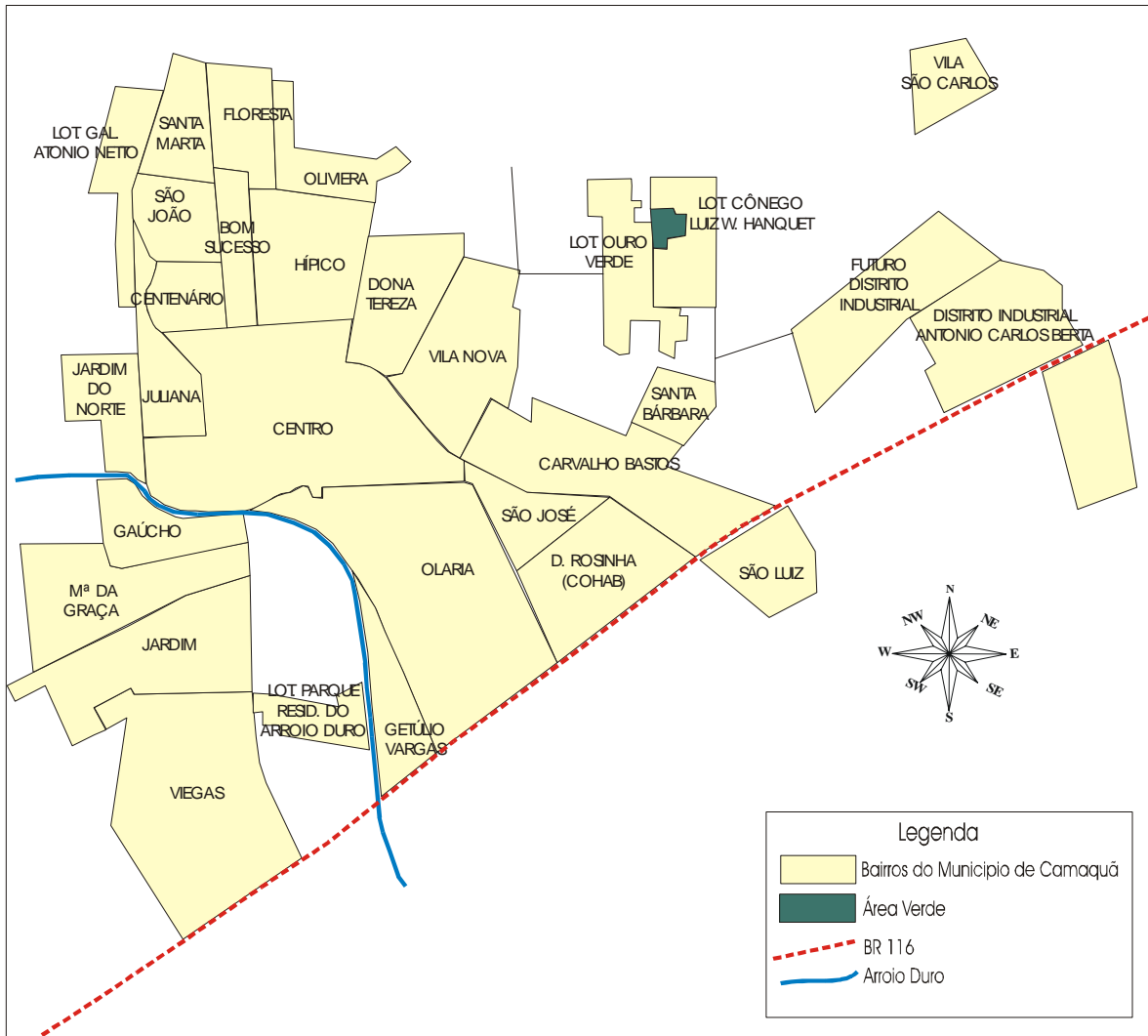
¹⁴ Considera-se que a economia igualitária refere-se à distribuição da riqueza semelhante entre a população do município e, desigual, para a situação inversa. A economia em expansão é aquela que está em fase de crescimento, já a estagnada está num estado estacionário, ou seja, não está progredindo nem regredindo. Os municípios com base diversificada possuem diferentes fontes de rendimento, seja no setor primário (agricultura e pecuária), secundário (indústrias) e terciário (prestação de serviços), enquanto outros Municípios possuem base agrícola e terciária. Os municípios com economia precária representam a grande dificuldade da região que, num primeiro momento, optou-se por estudar no PROINTER, a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, ou seja, além de não progredir, ainda estão regredindo, enfrentando inúmeras dificuldades econômicas e sociais.

econômicos, exercendo também o papel de centro regional, tanto em termos econômicos, quanto em relação aos serviços ofertados.

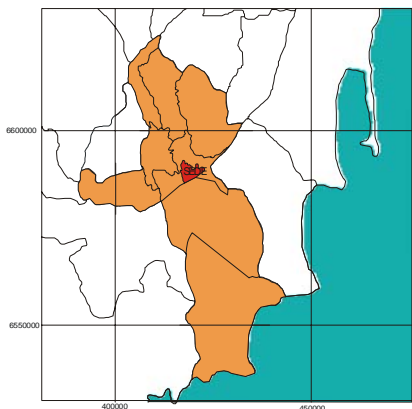
Durante a coleta de dados, percorreu-se a sede do Município a fim de caracterizar brevemente os diferentes bairros existentes – 30 bairros – (Figura 6), as heterogeneidades e as desigualdades visíveis sobre o espaço urbano (Figura 7). Estas heterogeneidades e desigualdades foram analisadas a partir do padrão de vida que se conceitua como sendo a condição socioeconômica de determinada população, e essa análise foi realizada por meio das variáveis de padrões de habitação (tipos de moradia), condições de saneamento, pavimentação e iluminação pública. Estes dados foram coletados pela observação qualitativa em todos os bairros da sede municipal.

O padrão de vida foi dividido em quatro categorias, que são:

- *médio alto e alto padrão de vida* – foram consideradas as casas de alto padrão (bem conservadas, com ótima aparência externa e de boa qualidade) em ruas pavimentadas e iluminadas; os bairros com este padrão estão situados próximos ou na área central da sede do Município;
- *médio padrão de vida* – foram consideradas as casas bem conservadas, com pouca manutenção externa e média qualidade, em ruas pavimentadas ou não e iluminadas; os bairros com este padrão são, em geral, próximos ao centro da sede;
- *baixo e médio baixo padrão de vida* – foram consideradas as residências com pouca conservação e manutenção externa, com baixo padrão de qualidade, em ruas pavimentadas ou não e iluminadas ou não; os bairros com este padrão situam-se, em geral, em áreas periféricas da sede municipal;



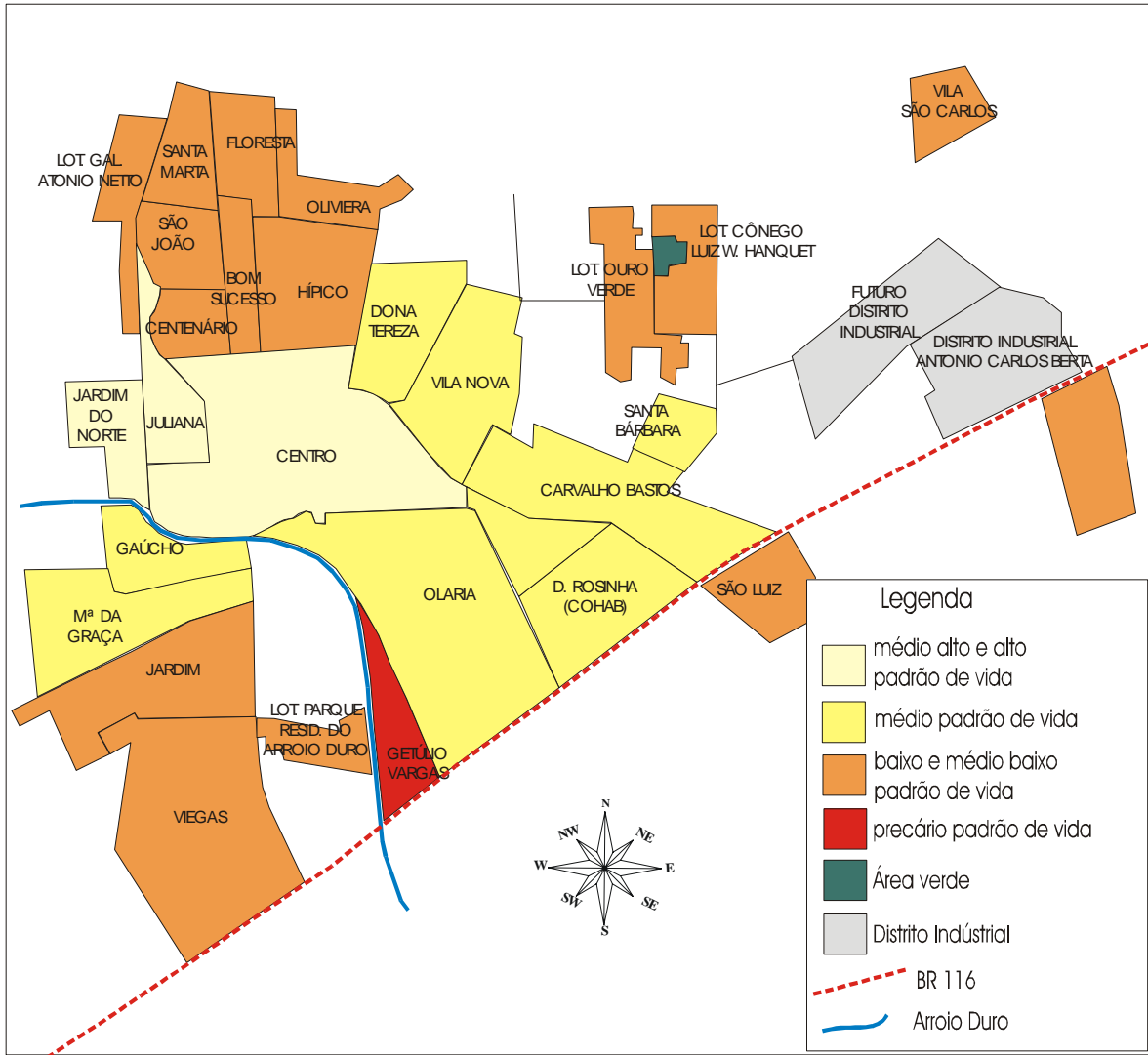
Situação da área no Município de Camaquã



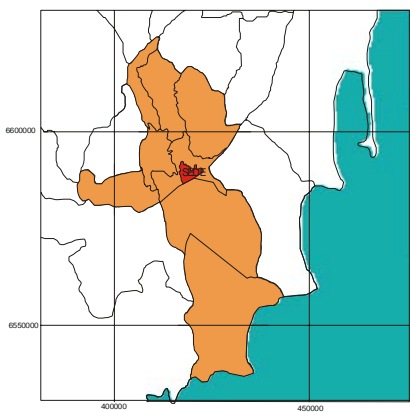
PGDR - UFRGS	
Projeto: PROINTER	
Detalhe: Mapa dos bairros da sede do município de Camaquã.	
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS	
Responsáveis Técnicos:	
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira
Mapa elaborado a partir de dados da Secretaria Municipal de Infraestrutura, 2003.	
Data: Dezembro/2004	Escala aproximada: 1 : 28.000

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 6 – Bairros da sede do município de Camaquã, RS, 2004.



Situação da área no Município de Camaquã



PGDR - UFRGS	
Projeto: PROINTER	
Detalhe: Mapa do padrão de vida no Município de Camaquã.	
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS	
Responsáveis Técnicos:	
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira
Mapa elaborado a partir de dados coletados através de pesquisa de campo, 2004.	
Data: Dezembro/2004	Escala aproximada: 1 : 28.000

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 7 – Padrão de vida dos habitantes de Camaquã, RS, 2004.

- *precário padrão de vida* – foram consideradas as moradias sem conservação e manutenção, de baixa qualidade, em ruas sem pavimentação e iluminadas ou não; esse padrão está presente em um bairro relativamente próximo ao centro da sede municipal.

Na figura 7 observa-se que a Vila Getúlio Vargas, seguida pelos Loteamentos Ouro Verde e o Cônego Walter Hanquet, bairros periféricos, parecem representar os núcleos de maiores desigualdades sociais, dentro do município de Camaquã. Esses bairros, em especial a Vila Getúlio Vargas, possuem casas populares precárias e aparentam baixo padrão de vida, mais que os demais da sede municipal. O Município possui outros bairros com aparentes desigualdades, como o Carvalho Bastos, o Santa Marta, o Viegas, entre outros. Inclusive existem núcleos de habitações irregulares¹⁵, na margem do Arroio Duro, na Vila Getúlio Vargas, nos bairros Bom Sucesso, Carvalho Bastos, São Luiz, São Pedro, Beco das Olarias e nas margens das Estradas (Galpões). Este contexto apresentado demonstra, brevemente, a heterogeneidade existente no espaço urbano de Camaquã.

Abreu (1986, p. 69) suscita uma importante discussão teórica sobre o crescimento das periferias urbanas. Segundo o autor, “as periferias urbanas são hoje um palco privilegiado de estudo da lógica e das contradições inerentes ao processo de urbanização que vem ocorrendo nos países do Terceiro Mundo”. Abreu (1986, p. 69) relata que

se as periferias são muitas vezes vistas como exemplos de uma urbanização espontânea e ilegal, essa espontaneidade não tem nada de espontâneo, já que é bastante determinada pela lógica do modo de produção capitalista; e a ilegalidade é condição indispensável para a reprodução de grande parte da força de trabalho: a urbanização popular tem que ser ilegal.

¹⁵ Segundo Moraes e Anton (2000, p.39), núcleos e vilas irregulares são aqueles cujos habitantes não são proprietários da terra e não têm nenhum contrato legal que lhes assegure permanência no local. São, na sua maioria, formados através do recurso das ocupações (invasões).

A partir desta breve caracterização foi possível observar que quanto mais próximo ao Centro da sede municipal, melhor é o padrão de habitação das residências. Acredita-se que isso ocorra por motivo de o bairro Centro englobar o comércio, os serviços e as instituições da administração municipal. Outra observação pertinente aos bairros da sede foi a coexistência, em alguns deles, de residências de melhor padrão, com outras de médio e baixo padrão de vida, demonstrando a forte heterogeneidade existente no espaço urbano e relativizando as desigualdades sociais expressas nesse espaço.

Quanto aos aspectos educacionais, a sede municipal possui 18 escolas municipais, 8 estaduais e 8 particulares (os distritos contam com 29 municipais e 7 estaduais); três creches da rede pública e três não governamentais; uma quadra esportiva coberta; um ginásio municipal e, outros sete, chamados de geral. A sede também dispõe de dois Centros Comunitários, um na Vila Getúlio Vargas e o outro no bairro Bom Sucesso, que recebem as crianças, em turno inverso ao da escola, para realização de atividades educativas, além de outras propostas desenvolvidas paralelamente (CAMAQUÃ, 2003b). Segundo o Secretário Municipal da Educação, em 2002, a oferta estava respondendo adequadamente à demanda local, logo a população estava sendo bem atendida no que diz respeito ao ensino.

Quanto à questão do saneamento básico, 16264 domicílios da sede municipal possuem água tratada da CORSAN (Companhia Riograndense de Saneamento) e 80% dos domicílios estão ligados à rede de esgoto urbano, outros 10% possuem fossa séptica e os demais 10%, fossa negra (CAMAQUÃ, 2003d).

A coleta de lixo do perímetro urbano é realizada por uma empresa privada, nos distritos da área rural cuja responsabilidade é da Prefeitura. A limpeza urbana de praças e canteiros, a raspagem e o recolhimento de entulhos é realizada pela

Prefeitura; uma empresa privada responsabiliza-se apenas pelas ruas do bairro Centro (CAMAQUÃ, 2003b). A coleta seletiva atende a 95% do perímetro urbano e é realizada uma vez ao mês nos núcleos dos distritos, segundo informação oral do Secretário de Infra-estrutura.

5.3 As formas de organização político-administrativas locais do SUS

O município de Camaquã é assessorado pela 2ª Coordenadoria Estadual de Saúde, situada em Porto Alegre e abrange 41 municípios. O município de referência para Camaquã também é Porto Alegre, ou seja, as consultas especializadas que não são realizadas no próprio município são agendadas para Porto Alegre, bem como as internações hospitalares. Esta dependência com a Capital do Estado vem ocasionando um fator complicador, a dificuldade no repasse de consultas em certas especialidades, sendo que, às vezes, passam-se meses sem serem oferecidas para Camaquã. O mesmo ocorre com internações hospitalares. Logo, a Secretaria Municipal de Saúde de Camaquã só pode encaminhar a Porto Alegre. Porém, em casos de emergência, apenas ao plantão do Pronto-Socorro de Camaquã é permitido o encaminhamento para Pelotas, quando necessário. Esta situação coloca em questão a macroestratégia da regionalização no Estado.

Segundo Muller e Possa (2001, p. 24),

a diretriz da regionalização tem como princípio básico a garantia do acesso, reordenando a oferta de ações e serviços de forma que todas as regiões do estado possam atender às maiores demandas na própria região, desconcentrando os serviços de maior complexidade que eram disponibilizados basicamente na região metropolitana.

Na prática, busca-se que este não seja apenas um processo de desconcentração de serviços, ou uma organização burocrático-administrativa dos mesmos, e sim uma perspectiva concreta de ampliação e organização da rede, valendo-se da necessidade da população da região.

Camaquã possui Plano de Cargos e Salários, Fundo Municipal de Saúde administrado pela Secretaria Municipal da Saúde, da Fazenda e pelo Prefeito, sendo fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde que foi criado em janeiro de 1998 e atua como instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) de Camaquã, conforme Regimento Interno, aprovado em julho de 1998 (CAMAQUÃ, 1998). Em 2002, o Conselho Municipal criou uma Câmara Técnica (Resolução 02/2002) com a finalidade de “analisar e emitir pareceres que serão enviados para deliberação pela plenária do Conselho Municipal de Saúde de Camaquã” (CAMAQUÃ, 2002, f. 1). Observou-se, na participação em uma das reuniões do Conselho Municipal de Camaquã, que a população não participa das reuniões, deixando isso a cargo dos representantes.

O repasse de verbas do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde foi definido pela Portaria da Secretaria Estadual de Saúde nº 11/99:

Art. 1º - Os recursos da Municipalização Solidária da Saúde¹⁶ repassados do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas classificadas na função saúde, conforme definida na Portaria nº 42/99 do Ministério do Orçamento e Gestão e constantes dos Planos Municipais de Saúde – PMS, aprovadas pelos Conselhos Municipais de Saúde, sendo vedada a utilização para financiamento de ações e serviços não previstos nos PMS, exceto em situações de emergência, conforme artigo 7º do Decreto 39582/99 (RIO GRANDE DO SUL, 2000b, p. 80).

¹⁶ Art. 2º - A municipalização Solidária da Saúde caracteriza a participação da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, enquanto órgão gestor do SUS no Estado, no financiamento das ações e serviços públicos de saúde e na cooperação técnica e operacional aos Municípios, bem como expressa o compromisso destes com a estruturação dos sistemas locais de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2000a, p. 73).

Desta forma, ocorrem as transferências de recursos estaduais para os municípios. Finkelman (2002, p. 276) refere que a Emenda Constitucional nº 29 previu que até o ano de 2004, os Estados deveriam repassar 12% e, os municípios, 15% de “receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para a área da saúde”.

O município de Camaquã já realizou duas Conferências Municipais de Saúde. A primeira teve o objetivo de “democratizar a informação, debater os temas referentes à saúde municipal e sugerir políticas de saúde na construção de uma gestão que atenda, com a maior abrangência possível, às necessidades da comunidade” (CAMAQUÃ, 2000, f. 1). Esta Conferência encerrou com seis proposições aceitas, por unanimidade, pelos presentes. São elas:

1ª) incluir no plano de saúde um programa de ampliação e qualificação de assistência a portadores de transtornos psíquicos e dependentes químicos, incluindo prevenção e terapia; 2ª) que conste no plano municipal de saúde propostas que visem à atenção integral do trabalhador, visando à vigilância, à prevenção e ao atendimento; 3ª) que a gestão municipal priorize a resolutividade, a qualidade e a humanização do nosso sistema de saúde municipal, com o objetivo de colocar o ser humano no centro da atenção em saúde; 4ª) que o orçamento municipal destine e execute 10% da receita tributária líquida do orçamento na saúde; 5ª) política de medicamentos básicos, adequados à realidade do município, definindo o valor a ser destinado para o programa de medicamentos da Secretaria Municipal da Saúde; 6ª) criação de um sistema de informação da Secretaria Municipal da Saúde, onde todo usuário tivesse acesso com facilidade para esclarecimentos e denúncias (CAMAQUÃ, 2000, f. 2-3).

Já a Segunda Conferência Municipal de Saúde de Camaquã possui registros, sem mencionar seus objetivos. As propostas aceitas pelos presentes, para serem levadas à Conferência Estadual de Saúde, foram as seguintes:

1) flexibilização na Lei de Responsabilidade Fiscal quanto à contratação de profissionais técnicos para a área da saúde, de modo a permitir o cumprimento da Lei do SUS que garante atendimento universal, integral e equitativo à comunidade; 2)

reavaliação periódica da listagem de medicamentos básicos, visando atualização e adequação aos novos esquemas de tratamento das doenças; 3) aumento da oferta de consultas especializadas; 4) rede efetiva de referência e contra-referência, adotando critérios como parâmetros populacionais, para uma equidade na distribuição dos serviços, sendo garantido ao município, no primeiro dia do mês, o acesso a sua cota de serviços; 5) criação de um plano de carreira para funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, com salários compensatórios para profissionais com dedicação exclusiva; 6) oferta sistemática de cursos de capacitação profissional, tendo como estímulo o crescimento dentro da profissão; 7) ampliar a rede de assistência à Saúde Mental, com garantia de leitos psiquiátricos no hospital geral; 8) ampliar a frequência de atendimento médico-odontológico para o interior do município; 9) criar mecanismos legais que garantam a continuidade dos programas de saúde independente das mudanças de governo; 10) viabilizar o funcionamento da UTI em nosso município, visto ser o mesmo um pólo assistencial da região, evitando, com isso, encaminhamento de pacientes para Porto Alegre ou Pelotas, que estão saturados; 11) incluir no SUS terapias alternativas como homeopatia, acupuntura, fitoterapia; 12) ampliar as equipes de PSF com outros profissionais de saúde; 13) que o município tenha flexibilidade para em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde alterar Plano de Aplicação, adequando a utilização dos recursos à realidade do momento em que a verba é disponibilizada; 14) tal como os municípios, que o Estado seja responsabilizado pelo não cumprimento dos repasses de valores pactuados destinados ao município; 15) que gradualmente os recursos oriundos do Estado aos municípios sejam vinculados de rubrica, permitindo sua aplicação dentro das prioridades e necessidades estabelecidas pela comunidade; 16) considerando o alto percentual de suicídio, alcoolismo e drogas no Estado, que seja dada atenção especial aos programas de atendimento ao sofrimento psíquico, atendendo desde a criança até o idoso (CAMAQUÃ, 2003c, f.1-2).

O resultado das duas Conferências, já realizadas no Município, demonstra a preocupação com o Sistema Único de Saúde, a Saúde Mental, a disponibilidade e o acesso a medicações, a resolutividade e a ampliação da rede de assistência aos usuários. Observa-se também uma preocupação com o atendimento aos usuários do município e aos circunvizinhos, mostrando-se como pólo regional, contribuindo para uma efetivação da regionalização e dos princípios do SUS.

5.4 Perfil Epidemiológico do município de Camaquã, RS

A construção do perfil epidemiológico do Município em estudo foi realizada a partir de dados constantes no Projeto criado pela Secretaria Municipal da Saúde, no ano de 2003 (CAMAQUÃ, 2003d), para implementação de Programas de Saúde da Família, na sede de Camaquã e a partir de dados do SIM – RS 2000 (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Ao comparar os indicadores de mortalidade, discriminados no referido projeto, com os do SIM – RS 2000, observam-se contradições entre os números apresentados. Os coeficientes de mortalidade revelam um valor de 7,36 (documento do município) ou 6,9 (RIO GRANDE DO SUL, 2001) para a mortalidade geral, ou seja, acima da média do Estado do Rio Grande do Sul que é de 6,6 (Quadro 1). As três principais causas dessa mortalidade mantêm-se as mesmas, ou seja, aparelho circulatório, neoplasias e aparelho respiratório, seguindo o padrão estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

O coeficiente de mortalidade infantil do Estado do Rio Grande do Sul está em 15,1; o do município de Camaquã está em 16,9, porém disponibilizou o coeficiente de 14,03 no projeto. O coeficiente de mortalidade neonatal também difere nos dois documentos, sendo que a média regional situa-se entre esses dois diferentes resultados que podem ser observados no quadro 1, a seguir. A mortalidade materna é a mesma nos dois documentos, ou seja, zero (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Pensa-se que há alguma falha na interpretação dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade ou na organização municipal, pois os dados diferem dos apresentados nos documentos oficiais do Município e, ao mesmo tempo, a

referência é o uso do sistema. Este contexto remete novamente à dificuldade existente no sistema de registros no Brasil, especialmente no microespaço, onde o dado é compilado.

Causas de Mortalidade	Total	Indicador
Mortalidade Geral	449 (município) 417 (SIM, 2001)	7,36 (município) 6,9 (SIM, 2001)
Mortalidade Infantil	15 (município) 19 (SIM, 2001)	14,03 (município) 16,9 (SIM, 2001)
Mortalidade Neonatal	09 (município) 12 (SIM, 2001)	8,42 (município) 10,7 (SIM, 2001)
Mortalidade Materna	zero	zero
Mortalidade por outras causas (SIM, 2001)	Total	
Aparelho circulatório	120	
Neoplasias	83	
Aparelho respiratório	48	
Causas externas	37	
Doenças infecciosas e parasitárias	10	

Fontes: RIO GRANDE DO SUL, 2001 e CAMAQUÃ, 2003d.
Coeficiente de Mortalidade Geral do RS = 6,6.

QUADRO 1 – Indicadores de mortalidade do município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.

O mesmo documento (CAMAQUÃ, 2003d) traz os indicadores de morbidade de Camaquã, a partir das doenças notificadas no último ano, mostrando as suspeitas e a confirmação do caso ou não. Dentre essas doenças, as que tiveram confirmação foram a tuberculose, a varicela, a leptospirose, as hepatites e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Das que não confirmaram a doença, estão a coqueluche, a sífilis congênita, a rubéola, a meningite, o sarampo e o hantavírus (Quadro 2).

Doenças notificadas	Total
Tuberculose	57, para 6 positivos
Varicela	23, para 23 positivos
Leptospirose	17, para 3 positivos
Hepatites	15, para 3 positivos
AIDS	4, para 4 positivos
Coqueluche	4, para zero positivo
Sífilis Congênita	2, para zero positivo
Rubéola	2, para zero positivo
Meningite	1, para zero positivo
Sarampo	1, para zero positivo
Hantavírus	1, para zero positivo

Fonte: CAMAQUÃ, 2003d.

QUADRO 2 – Indicadores de morbidade no município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.

Outro dado importante trazido pelo texto do Projeto do Programa Saúde da Família (CAMAQUÃ, 2003d) é o das dez primeiras causas de atendimento nos serviços ambulatoriais de Camaquã (Quadro 3). Pensa-se que estes dados incluam todos os serviços de saúde do Município estudado, na zona urbana e na rural. Do total de causas referidas, despontam quatro: as doenças respiratórias, a leucorréia, o pré-natal e a hipertensão. Quanto às doenças respiratórias, segue-se um padrão estadual, visto que o inverno no Rio Grande do Sul é muito rigoroso e úmido, motivo que acarreta este tipo de patologia. O elevado número de consultas de pré-natal demonstra a procura por esse serviço pelas usuárias gestantes.

Causas	Total
Doenças respiratórias	2382
Leucorréia	1837
Pré-natal	1512
Hipertensão	1169
Desnutrição	771
Diabetes	606
Anemia	432
Infecção urinária	323
Ansiedade, depressão, nervosismo	301
Puericultura	222

Fonte: CAMAQUÃ, 2003d.

QUADRO 3 – Dez primeiras causas de atendimento nos serviços ambulatoriais no município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.

Quanto às dez primeiras causas de internação, no último ano, o documento revela que quatro se destacam: o parto normal, a insuficiência cardíaca, a cesariana e a doença pulmonar obstrutiva crônica (Quadro 4). Observa-se que doenças do aparelho respiratório e cardíaco são, normalmente, causas mais freqüentes de internação. O elevado número de partos (normais ou cesáreos) surpreende num primeiro momento, mas passando para números absolutos, 136 casos (80 – normal, 56 – cesárea), observa-se que as causas de internação foram divididas em muitas categorias, fracionando em muito o total.

Causas	Total
Parto normal	80
Insuficiência cardíaca	73
Cesariana	56
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	52
Entero-infecções	*
AVC agudo	29
Diabete sacarino	21
Pneumonia não-especificada	20
Colecistectomia	16
Pielonefrites	16
Hemorragias digestivas	16

Fonte: CAMAQUÃ, 2003d.

* Não especificado no documento.

QUADRO 4 – Dez primeiras causas de internação no município de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.

Pelos indicadores de morbi-mortalidade, causas de atendimentos em serviços ambulatoriais e internações hospitalares, foi possível realizar, brevemente, um perfil epidemiológico do Município. Os resultados de mortalidade apontam dados semelhantes ou pouco acima dos estaduais, revelando que Camaquã possui bons indicadores de saúde. Porém, ao mesmo tempo, pode-se observar a dificuldade na construção e organização dos dados coletados no microespaço (o Município). Ao mesmo tempo, observa-se que o município possui um sistema de notificação e de coleta de dados das causas de atendimentos ambulatoriais e de internação, revelando a preocupação no planejamento e organização da saúde.

5.5 Caracterização da rede de serviços de saúde de Camaquã, RS

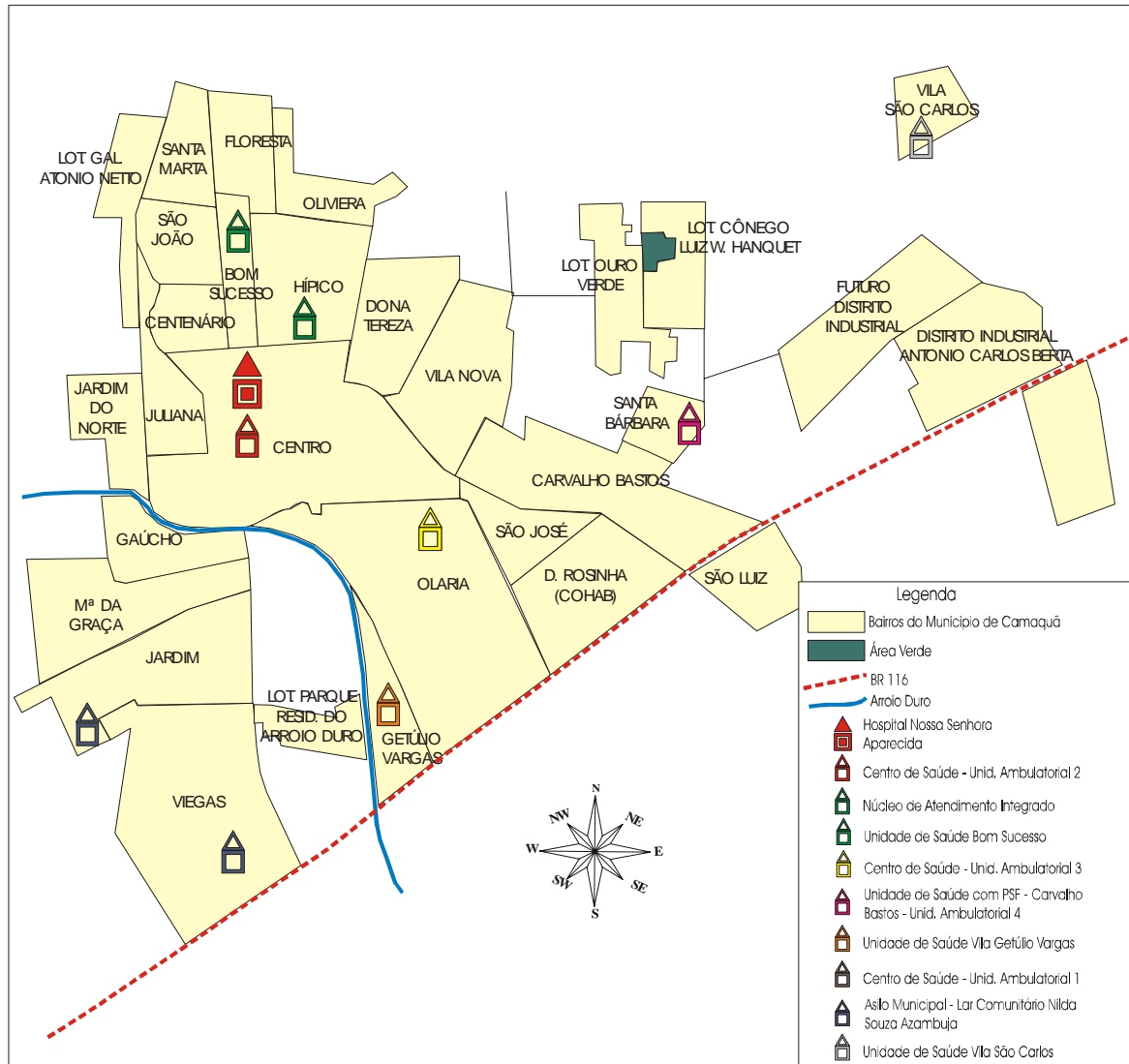
O Município é atendido pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, situada em Porto Alegre. Encontra-se habilitado em Gestão

Plena de Atenção Básica e com grau de autonomia, financeira, de unidade orçamentária. Segundo referência do Projeto do Programa de Saúde da Família (CAMAQUÃ, 2003d), não há regionalização da saúde no Município, ou seja, a rede básica supre apenas as necessidades dos usuários residentes no próprio Município.

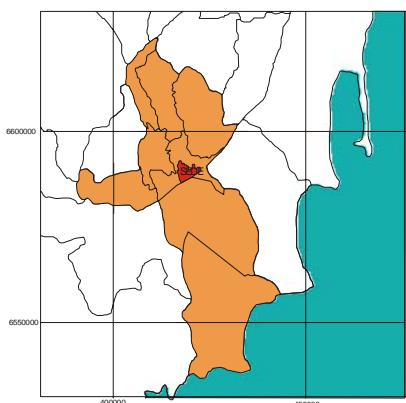
A rede de serviços de saúde do município de Camaquã está caracterizada da seguinte forma:

- atenção de média complexidade → um Hospital Geral e um Pronto-Socorro anexo ao referido hospital;
- atenção básica de saúde → unidades básicas de saúde (três centros de saúde, uma unidade de saúde com programa de saúde da família, três unidades de saúde); outras instituições com atendimento de saúde pública (Núcleo de Atendimento Integrado – NAI, asilo municipal, unidade móvel e unidades do interior).

A rede de serviços de saúde encontra-se na sede municipal, enquanto o meio rural é servido uma ou duas vezes ao mês pelo atendimento da unidade móvel, na própria unidade ou em locais destinados aos atendimentos, como antigas unidades de saúde desativadas. Essa rede está concentrada na sede municipal, como se pode observar na figura 8.



Situação da área no Município de Camaquã



PGDR - UFRGS	
Projeto:	Prointer
Detalhe:	Mapa dos serviços de saúde da sede do município de Camaquã.
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS	
Responsáveis Técnicos:	Acad. Camila Thomaz da Silveira
Geó. Roberto Verdum	
Mapa elaborado a partir de dados da Secretaria Municipal da Infraestrutura, 2003.	
Data: Dezembro/2004	Escala aproximada: 1:28.000.

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 8 – Serviços de saúde da sede do município de Camaquã, RS, 2004.

A rede pública dispõe de convênios com laboratórios, clínicas de fisioterapia, odontólogos e consultórios médicos particulares. Quanto a consultas odontológicas, na atenção básica, em toda a rede pública, a primeira consulta de crianças de zero a catorze anos ocorre por meio da busca pela ficha de atendimento, após, há o agendamento das próximas, para que seja garantido o atendimento desta faixa etária.

Já na rede privada, o Município possui um elevado número de consultórios médicos e odontológicos que atendem por planos ou convênios de saúde e particulares.

A descrição detalhada da caracterização de cada um dos serviços de saúde da rede pública do município de Camaquã está no apêndice G.

A caracterização da rede de serviços do Município de Camaquã permite tecer algumas considerações. Observa-se que a rede básica carece de profissionais de saúde (em número), organização dos serviços e atendimentos no interior do Município. Nos centros de saúde muitos eram os especialistas, porém, a maioria destes, trabalhava em todos os serviços de saúde da rede pública, ou seja, permanecia em cada local um curto período, um ou dois dias na semana. A observação e as entrevistas informais demonstraram que as consultas especializadas nos centros de saúde eram desenvolvidas pelos mesmos profissionais, ocasionando uma demanda reprimida em todas as unidades.

Outra consideração diz respeito ao atendimento em serviços de média complexidade. Observa-se que o hospital de Camaquã atende a população encaminhada por Municípios circunvizinhos, esta situação concretiza os princípios da regionalização, visto que Camaquã é uma cidade-pólo. Acredita-se que, com apoio da coordenadoria e dos Municípios da área, Camaquã possa ampliar esta

situação, por meio da pronta organização e abertura da Unidade de Terapia Intensiva. Outra alternativa é a construção de uma rede de serviços de assistência especializada, tendo como consequência a redução dos encaminhamentos para Municípios maiores, diminuindo desta forma a burocratização do sistema público de saúde e o desgaste pessoal de seus usuários.

5.6 Os serviços de média complexidade de Camaquã e seus usuários: acesso e fluxos de utilização

O acesso e os fluxos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade de Camaquã foram descritos e analisados a partir do perfil socioeconômico e demográfico da população em estudo, da utilização dos serviços e trajetórias dos usuários sobre o que é feito habitualmente e sobre o que foi feito para a solução do problema de saúde atual e dos fluxos e acesso dos usuários em função do problema de saúde atual.

5.6.1 Quem são os usuários dos serviços de saúde de média complexidade de Camaquã

O perfil socioeconômico e demográfico da população em estudo foi elaborado a partir das seguintes variáveis: serviços de internação do hospital geral investigado; idade; sexo; local de nascimento; anos de estudo; ocupação; vínculo empregatício; procedência; se Camaquã, sede ou interior; distância; bairro (sede) ou distrito (interior) de Camaquã; e, tempo de moradia do entrevistado.

Os serviços de internação hospitalar, do total de entrevistados, foram utilizados da seguinte forma (Tabela 6), em primeiro lugar a internação clínica (48,7%), após, o atendimento do Pronto-Socorro (20%), internação obstétrica (12,7%), internação cirúrgica (11,3%) e, por último, internação pediátrica (7,3%). Remetendo-se à procura desses serviços por residentes na sede e interior de Camaquã e outros Municípios, observa-se que não há diferença, não sendo estatisticamente significativa. Este resultado pressupõe que a probabilidade de usuários dos diversos locais buscarem os diferentes serviços hospitalares é a mesma.

TABELA 6 – Relação dos entrevistados, por Serviços de Internação do Hospital Geral pesquisado e procedência, Camaquã, RS, 2004.

SERVIÇOS	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Clínica	37	49,4	13	48,1	23	47,9	73	48,7
Cirurgia	07	9,3	03	11,1	07	14,6	17	11,3
Obstetrícia	08	10,7	04	14,9	07	14,6	19	12,7
Pediatria	04	5,3	01	3,7	06	12,5	11	7,3
Pronto-socorro	19	25,3	06	22,2	05	10,4	30	20
TOTAL	75	100	27	100	48	100	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 7,18 - p = 0,51729431$.

Como já citado no capítulo referente à metodologia do estudo, para se chegar ao número de entrevistados, foi realizado um percentual do número de leitos e do número de internações. Pode-se observar que a internação clínica representa quase a metade dos entrevistados, motivo que se explica pelo fato de o hospital disponibilizar um maior número de leitos clínicos e os mesmos serem muito utilizados pela população.

As informações do DATASUS (BRASIL, 2004) mostram que de todos os leitos disponíveis no Rio Grande do Sul, em março de 2004, 36,2% eram clínicos. Mas considerando a porcentagem sobre os leitos existentes no Hospital de Camaquã (clínicos, cirúrgicos, pediátricos e obstétricos), a porcentagem de leitos clínicos, no Estado, passa para 42%. Este resultado demonstra que a maioria dos leitos disponíveis no Estado do Rio Grande do Sul são clínicos, bem como nos do hospital investigado.

Monteiro (1997) refere que uma das características da transição demográfica foi o envelhecimento da população, o que gerou um crescimento no número de óbitos por doenças crônicas e degenerativas. Acredita-se que esta mudança no perfil da população acarrete um acréscimo na utilização e oferta de leitos clínicos no País. Porém, Veras (2003) atenta ao fato do fenômeno mundial da desospitalização, enquanto o Brasil está na contra-mão desta situação, ampliando a oferta de leitos hospitalares.

Para caracterizar a faixa etária, neste estudo, optou-se por utilizar a idade economicamente ativa, seguindo os intervalos propostos pela Organização Mundial da Saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003), ou seja, de 0 a 14 anos, de 15 a 64 anos e de 65 e mais anos, podendo-se observar suas características demográficas – população progressiva, estacionária ou regressiva (Tabela 7). A referida tabela demonstra que 60,4% do total de entrevistados estão na faixa etária economicamente ativa (entre 15 e 64 anos), enquanto 28,9% estão acima desta e 10,7% abaixo. Acredita-se que este resultado se deva ao fato de o Hospital Geral em estudo possuir poucos leitos pediátricos.

A relação entre a idade economicamente ativa e a procedência da pessoa entrevistada evidencia a inexistência de diferença, ou seja, os residentes nos

diversos locais, embora sendo de diversas idades, têm a mesma probabilidade de buscar o serviço de saúde hospitalar (Tabela 7).

Isso quer dizer que não é porque se é jovem ou se trabalha na sede que o acesso aos serviços é garantido, bem como não há interferência no acesso o fato das pessoas serem mais jovens ou mais velhas. Observa-se que os usuários, dos mais diversos locais, fazem uso deste tipo de serviço de saúde, quando necessitam.

TABELA 7 – Relação dos entrevistados, por idade economicamente ativa e procedência, Camaquã, RS, 2004.

IDADE	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
de 0 a 14 anos	07	9,5	02	7,4	07	14,6	16	10,7
de 15 a 64 anos	45	60,8	20	74,1	25	52,1	90	60,4
65 anos ou +	22	29,7	05	18,5	16	33,3	43	28,9
TOTAL	74	100	27	100	48	100	149	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 3,79 - p = 0,43476782$.

Quando se reduzem os intervalos entre as idades, observa-se que existe uma concentração de procura pelo serviço hospitalar nas faixas de 21 a 25 anos, 31 a 35 anos, 41 a 45 anos, 61 a 65 anos e 66 a 70 anos (Tabela 8).

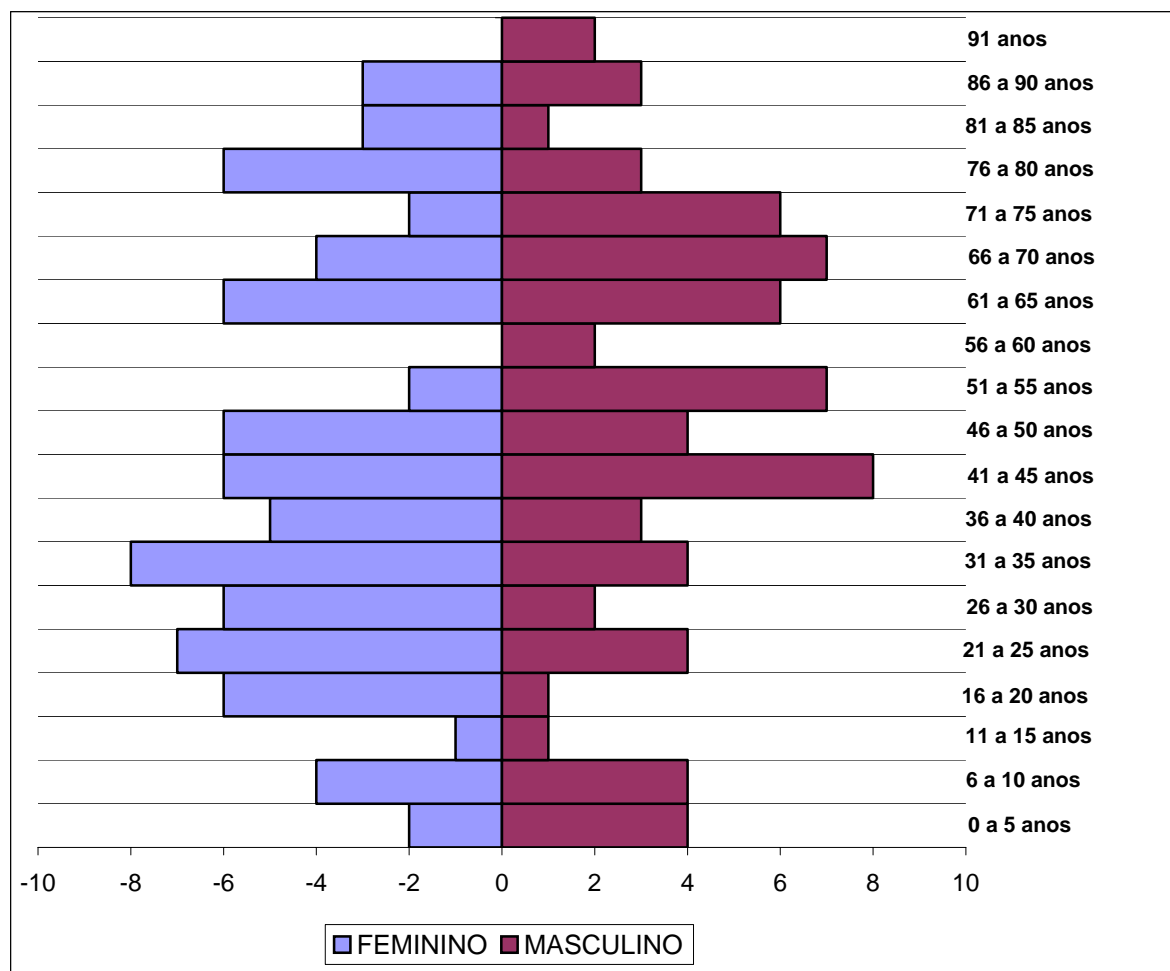
TABELA 8 – Distribuição dos entrevistados, por idade, Camaquã, RS, 2004.

IDADE	n	%
De 0 a 5 anos	06	4
De 6 a 10 anos	08	5,3
De 11 a 15 anos	02	1,3
De 16 a 20 anos	07	4,7
De 21 a 25 anos	11	7,4
De 26 a 30 anos	08	5,3
De 31 a 35 anos	12	8
De 36 a 40 anos	08	5,3
De 41 a 45 anos	14	9,3
De 46 a 50 anos	10	6,7
De 51 a 55 anos	09	6
De 56 a 60 anos	02	1,3
De 61 a 65 anos	12	8
De 66 a 70 anos	11	7,4
De 71 a 75 anos	08	5,3
De 76 a 80 anos	09	6
De 81 a 85 anos	04	2,7
De 86 a 90 anos	06	4
91 anos	02	1,3
IGNORADO	01	0,7
Total	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

A pirâmide etária, construída a partir das idades dos entrevistados (Figura 9) apresenta a distribuição das idades e do sexo dos entrevistados. Foram consideradas 149 entrevistas, pois um dos respondentes não soube precisar a idade do usuário internado, que também não estava em condições de se comunicar. Acredita-se que esta pessoa tenha mais de 50 anos, mas optou-se por não considerar pelo fato de não se ter obtido um dado preciso.

Uma análise da pirâmide etária demonstra que os homens utilizam-se dos serviços hospitalares, na infância, e acima dos 41 anos; já as mulheres procuram mais na idade fértil e na velhice.



Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

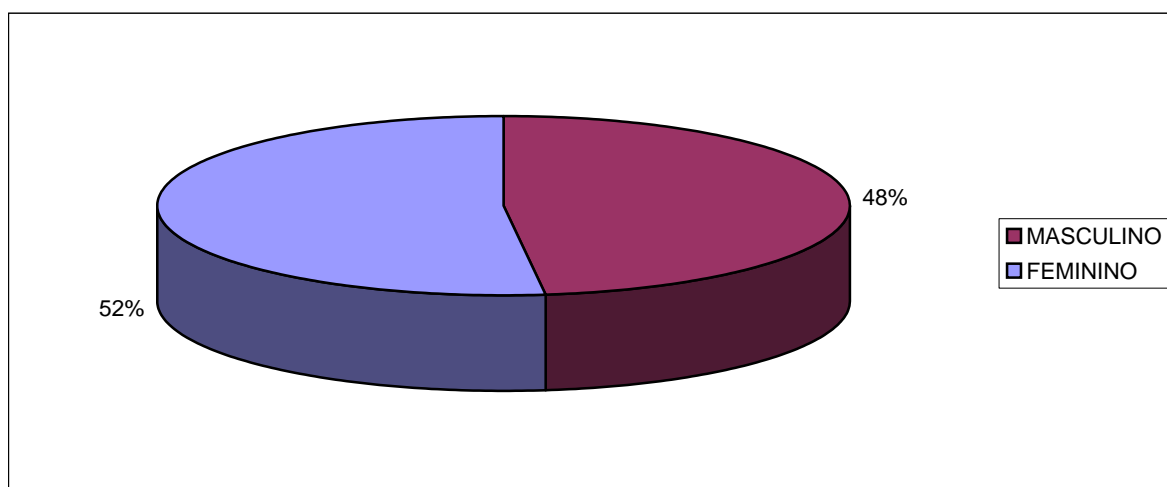
FIGURA 9 – Pirâmide Etária dos entrevistados, Camaquã, RS, 2004.

Este resultado pode apontar o fato de a mãe levar o filho homem, quando criança, aos serviços de saúde e, após, tornar-se adulto ele abandonar esta prática. Já a mulher pode estar tendo maior procura de assistência na idade fértil para realização do pré-natal e parto, bem como na velhice por problemas crônicos.

Segundo Pinheiro *et al.* (2002), em estudo baseado em dados da PNAD 98, o consumo de serviços de saúde, em geral, é maior entre os homens até os 14 anos; após, essa relação se inverte. O mesmo trabalho revela que as mulheres buscam mais os serviços de saúde por questões preventivas e os homens, por motivo de doença.

Pode-se observar que em 52% das entrevistas eram mulheres as usuárias e, em 48%, homens (Figura 10). Pensa-se que esta proximidade nas proporções se deva ao fato de haver muitas internações masculinas, na infância e na fase adulta mais avançada, enquanto as mulheres internam mais na idade fértil e na velhice.

Outra linha de raciocínio possível é que 68% da população estudada era procedente de Camaquã, conforme será apresentado na Figura 11. Convém lembrar que, no sub-capítulo 5.1, com o breve perfil socioeconômico-demográfico do município, referente à percentagem populacional de Camaquã, 50,3% da população é feminina e 49,7% masculina, logo pode-se inferir que haja uma aproximação com os resultados apresentados nesta pesquisa.



Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 10 – Frequência da categoria sexo entre os entrevistados, Camaquã, RS, 2004.

Já a relação das pessoas entrevistadas na pesquisa por sexo e procedência demonstra que não há diferença significativa entre os resultados (Tabela 9). Logo, ambos os sexos dos diferentes locais possuem as mesmas condições de acesso ao serviço hospitalar, no município de Camaquã.

TABELA 9 – Relação dos entrevistados por sexo e procedência, Camaquã, RS, 2004.

SEXO	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	37	49,3	09	33,3	26	54,2	72	48
Feminino	38	50,7	18	66,7	22	45,8	78	52
TOTAL	75	100	27	100	48	100	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 3,11 - p = 0,21101572$.

A relação dos entrevistados por idade e sexo também não possui diferença estatisticamente significativa (Tabela 10); desta forma, homens e mulheres das diversas idades possuem as mesmas condições de acessar a atenção de média complexidade, no município de Camaquã.

TABELA 10 – Relação dos entrevistados por idade e sexo, Camaquã, RS, 2004.

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
De 0 a 14 anos	09	12,5	07	9,1	16	10,7
De 15 a 64 anos	39	54,2	51	66,2	90	60,4
65 anos ou mais	24	33,3	19	24,7	43	28,9
Total	72	100	77	100	149	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 2,27 - p = 0,32203953$.

A tabela 11 traz a informação do local de nascimento dos entrevistados. Um aspecto que surgiu no decorrer das entrevistas foi a constante presença das emancipações, nesta região, nos últimos anos. Logo, optou-se por considerar o Município atual, visto ser mais fácil de precisar sua localização espacial.

Segundo Bem (s/d) os Municípios, recém emancipados, podem enfrentar algumas dificuldades, especialmente pelas diferenças entre receitas e despesas.

Além disso, há a necessidade de implantar os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, secretarias, escolas, unidades de saúde e, para isso, é preciso que haja transferência de recursos de esferas superiores. A autora refere que nas regiões Sul e Sudeste do Rio Grande do Sul houve 23 emancipações, entre os anos de 1988 e 2000.

TABELA 11 – Distribuição dos entrevistados, por local de nascimento, Camaquã, RS, 2004.

LOCAL DE NASCIMENTO	n	%
Município de Camaquã	72	48
Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre	04	2,6
Municípios pertencentes aos 8 da área de estudo	25	16,7
Municípios que fazem fronteira com os 8 municípios da área de estudo	37	24,7
Outros municípios do Estado do RS	10	6,7
Municípios de fora do Estado do RS	02	1,3
Total	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

O município de Camaquã foi o local de nascimento de 48% dos entrevistados (Tabela 11). Apenas 2,6% são provenientes de Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre. Já 16,7% nasceram em Municípios pertencentes à área de estudo do Programa Interdisciplinar em que esta pesquisa está inserida, são eles: Arambaré, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul e São Lourenço do Sul. O único Município dessa área, de que não houve representante foi Santana da Boa Vista; isso pode se dar pelo fato de Camaquã ser bastante distante e não haver estradas adequadas para o deslocamento.

Dos Municípios que fazem fronteira com os da área de estudo, 24,7% foram os entrevistados que nasceram em Amaral Ferrador, Cerro Grande do Sul, Dom Feliciano, Pelotas, Rio Pardo, Sentinela do Sul e Tapes. Observa-se que grande parte desses são fronteiros com Camaquã, o que revela o fato de a proximidade

atrair os usuários a esse pólo de serviços, bem como a presença da BR 116, confirmando-se a hipótese levantada na caracterização da situação de saúde dos oito Municípios da área de estudo.

Em 6,7% dos casos, os entrevistados nasceram em outros Municípios gaúchos; são eles: Bagé, Frederico Westphalen, Giruá, Rosário do Sul, Santana do Livramento, São Luiz Gonzaga e Sertão Santana. Este último é próximo de Camaquã, porém não é fronteiro, motivo por ele estar englobado aos outros municípios gaúchos. Também houve representantes de outros Estados brasileiros, totalizando 1,3% dos entrevistados, Dionísio Cerqueira-SC e do Estado de Pernambuco.

A migração de muitas pessoas, do local de nascimento para outros Municípios encontra respaldo teórico em George (1978, p. 78) que refere que “os movimentos de população, [...], inserem-se numa perspectiva geográfica dinâmica em função de um substrato residencial e econômico”.

A tabela 12 mostra a escolaridade dos entrevistados a partir dos anos de estudo declarados. 16% das pessoas eram analfabetas; 42% tinham de 1 a 4 anos de estudo; 24% tinham de 5 a 8 anos de estudo. 8,7% possuíam mais de 9 anos de estudo, incluindo-se o Ensino Médio, Cursos Técnicos e Ensino Superior; 9,3% representam a categoria outros que abarca: 4% de crianças que estavam na 1ª série do Ensino Fundamental, 4% de crianças fora da idade escolar e 1,3% dos casos ignorados pelo respondente. Optou-se por separar as crianças para não declará-las como analfabetas, quando, na realidade, ainda não possuíam condições de se enquadrar nas categorias estipuladas.

TABELA 12 – Distribuição dos entrevistados, por anos de estudo, Camaquã, RS, 2004.

ANOS DE ESTUDO	n	%
Analfabetos	24	16
De 1 a 4 anos	63	42
De 5 a 8 anos	36	24
Mais de 9 anos	13	8,7
Outros	14	9,3
Total	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Segundo o DATASUS (BRASIL, 2003b), a população alfabetizada residente em Camaquã perfaz um total de 87,5%; logo, 12,5% desta população, é analfabeta. O índice encontrado na pesquisa foi maior (16%), porém deve-se levar em consideração que a maioria dos entrevistados eram adultos e idosos e que não tiveram tantas oportunidades de estudo. Este mesmo índice é bastante superior à taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos, no Rio Grande do Sul; pelo Censo 2000 é de 6,1%, destes, 5% na zona urbana e 10% na zona rural.

A proporção de idosos na população, na região Sul do Brasil era de 8,9% no ano de 1999 (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002). Levando-se em consideração que os idosos de hoje não tiveram muitas condições de estudar, principalmente no meio rural, chega-se à conclusão de que esta faixa etária possa estar aumentando a porcentagem de analfabetos entre os usuários entrevistados.

Quanto à ocupação das pessoas entrevistadas (Tabela 13), 12,7% eram empregadas, com ou sem carteira assinada. Essas pessoas exerciam as seguintes funções: trabalhador doméstico, funcionário público, mecânico, pedreiro, motorista, pintor, professor do estado, serralheiro, trabalho em atacado, em borracharia, em fazenda e no comércio.

O expressivo índice de 72,7% mostra o elevado número de inativos. Nessa categoria estão englobados os aposentados e pensionistas, crianças, desempregados, cuidador do pai, donas de casa e estudantes. Os autônomos, 14,6%, somam os microempresários, donos de comércio e vidraçaria, taxista e caminhoneiro, também englobando os agricultores.

Gremaud, Vasconcellos e Toneto Júnior (2002) referem que a população ativa, não integrada ao mercado de trabalho é composta por incapacitados, aposentados e pensionistas, estudantes, detentos, trabalhadores dedicados aos afazeres domésticos e os inativos (que não buscam nem desejam trabalhar). O trabalhador informal não foi mencionado nessa referência.

TABELA 13 – Relação dos entrevistados por ocupação e procedência, Camaquã, RS, 2004.

OCUPAÇÃO	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
empregados	11	14,7	03	11,1	05	10,4	19	12,7
inativos	59	78,7	18	66,7	32	66,7	109	72,7
autônomos	05	6,6	06	22,2	11	22,9	22	14,6
TOTAL	75	100	27	100	48	100	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\chi^2 = 7,77 - p = 0,10019593$.

Observou-se que a relação da ocupação e procedência dos entrevistados não apresenta diferença estatisticamente significativa (Tabela 13), isto é, a probabilidade de a pessoa ser empregada, inativa ou autônoma é a mesma para residentes de Camaquã (sede ou interior) e outros municípios.

A relação por idade (acima de 15 anos) e ocupação dos participantes da pesquisa mostra uma grande diferença entre as variáveis (Tabela 14). Esse

resultado revela que 100% dos entrevistados empregados estão em idade economicamente ativa, bem como 95,5% dos autônomos, ou seja, possuem entre 15 e 64 anos, enquanto 54,3% são inativos, nessa faixa etária. Este resultado aponta o elevado índice de inativos com idade economicamente ativa.

TABELA 14 – Relação dos entrevistados por idade (acima de 15 anos) e ocupação, Camaquã, RS, 2004.

IDADE	OCUPAÇÃO						TOTAL	
	Empregados		Inativos		Autônomos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
De 15 a 64 anos	19	100	50	54,3	21	95,5	90	67,7
Mais de 65 anos	00	0,0	42	45,7	01	4,5	43	32,3
TOTAL	19	100	92	100	22	100	133	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 24,30 - p = 0.00000528$.

Quanto à relação entre o vínculo empregatício e a procedência do entrevistado (Tabela 15), observa-se que dos entrevistados que são empregados, apenas 12,1% têm carteira assinada, enquanto 87,9% não possuem esta garantia, isto é, estão em condição de emprego informal. Porém, esta relação não possui diferença significativa, ou seja, a chance de se ter carteira assinada é a mesma nos diversos locais de procedência.

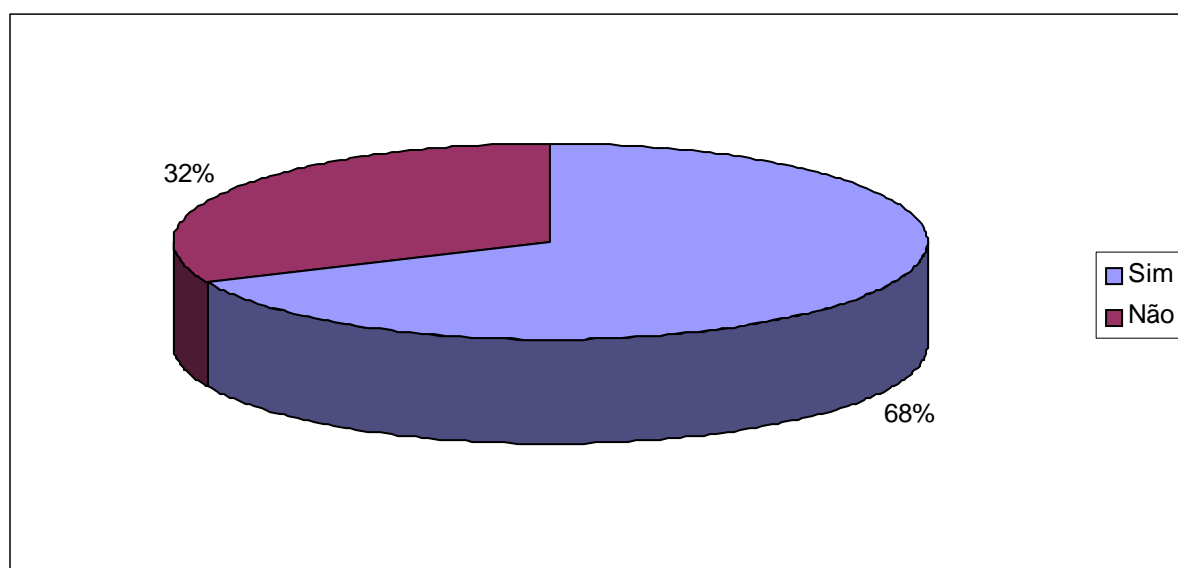
TABELA 15 – Relação dos entrevistados por vínculo empregatício e procedência, Camaquã, RS, 2004.

CARTEIRA ASSINADA	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
SIM	03	27,3	00	0,0	01	6,7	04	12,1
NÃO	08	72,7	07	100	14	93,3	29	87,9
TOTAL	11	100	07	100	15	100	33	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 3,76 - p = 0,15295887$.

Observa-se que 68% dos entrevistados residem no município de Camaquã (Figura 11), enquanto 32% são procedentes de outros Municípios e buscam atendimento de média complexidade neste pólo de atração regional.



Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 11 – Frequência da categoria procedência de Camaquã entre os entrevistados, Camaquã, RS, 2004.

Entre os entrevistados que residem no município de Camaquã, 73,5% estão na sede municipal e 26,5%, no interior (Tabela 16). Pensa-se que essa grande percentagem de usuários residentes na sede ocorra pelo fato de terem maior

facilidade de acesso aos serviços de saúde. Porém, existe um dado que não se pode deixar de considerar, ou seja, a população total residente nestas duas áreas. Conforme os dados do Censo de 2000, do IBGE (CAMAQUÃ, 2003a), a população de Camaquã era de 60383 habitantes, sendo 13314 na área rural (22%) e 47069 na urbana (78%). A população total encontra-se defasada em relação à estimativa do IBGE para o ano de 2003, que seria de 62032, mas este foi o único dado obtido referente a este tipo de distribuição espacial (BRASIL, 2003b).

TABELA 16 – Distribuição dos entrevistados, por residência na sede ou interior de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.

ONDE EM CAMAQUÃ	n	%
Sede	75	73,5
Interior	27	26,5
Total	102	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

A partir da proporção populacional, mencionada acima da tabela 16, 22% da população de Camaquã reside na área rural do município, enquanto 78% reside na área urbana. Logo, conclui-se que o interior do município está representado, na presente pesquisa, por mais usuários (26,5%) do que a proporção populacional, ou seja, pensa-se que não existe diferença no acesso de usuários da população urbana em relação à rural. Infere-se que a dificuldade imposta pela moradia na área rural do município (acesso geográfico) é sobreposta pela população que cria estratégias para conseguir o atendimento nos serviços de saúde urbanos.

Este resultado vai de encontro ao obtido por Pinheiro e Travassos (1999) em estudo sobre a desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três bairros da cidade do Rio de Janeiro. O presente estudo trata do município como um todo (meio rural e urbano) e não apenas bairros da sede como no trabalho de

Pinheiro e Travassos (1999). Porém, acredita-se ser importante referi-lo, pois seus resultados demonstram que “os idosos em um mesmo grupo de renda utilizavam diferentemente os serviços de saúde na dependência de seu local de residência” (p. 495), ou seja, o local de residência interferiu na procura por serviços de saúde neste estudo. Pinheiro e Travassos (1999) consideraram apenas três bairros com características socioeconômicas e culturais distintas, motivo que reforça as desigualdades sociais e sua relação com a utilização de serviços de saúde nos resultados de seu estudo.

Os números trazidos na tabela 17 especificam a relação de proximidade com a sede municipal e com o centro desta. Observa-se que 26,5% dos entrevistados que residiam em Camaquã tinham suas residências próximas ou no centro da sede municipal. Outros 47,1% residiam na sede, mas não tão próximos ao centro. Quanto aos usuários que residiam no interior de Camaquã, 12,7% moravam próximo da sede e 13,7% mais distantes da mesma, sendo que a distância máxima percorrida era de 60 quilômetros.

TABELA 17 – Distribuição dos entrevistados, por bairro ou distrito de Camaquã, Camaquã, RS, 2004.

Bairro / Distrito	n	%	
Sede	Próximo do Centro	27	26,5%
	Distante do Centro	48	47,1%
Interior	Próximo da Sede	13	12,7%
	Distante da Sede	14	13,7%
Total	102	100%	

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Os usuários entrevistados que não residiam em Camaquã representam 32% do total (Figura 11), ou seja, 48 pessoas. A representação na figura 12 demonstra que os municípios de Arambaré, Porto Alegre, São Jerônimo, São Lourenço do Sul e

Sertão Santana possuíam uma baixa procura (de 1 a 2 representantes por município) pelos serviços de saúde de média complexidade em Camaquã. Enquanto Amaral Ferrador, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano e Sentinela do Sul possuíam índice médio de procura por estes serviços (de 4 a 7 representantes por município). Cerro Grande do Sul destacou-se como único município com alto índice de procura, com 14 representantes. Este alto índice de procura pode se dar pela proximidade do Município com a BR 116, tornando-se mais fácil o deslocamento até Camaquã.

Este resultado surpreendeu visto que o município de Sentinela do Sul é o único que dispunha de um repasse financeiro mensal para o Hospital Nossa Senhora Aparecida (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2003b). Acreditava-se que este município dispunha de maior demanda nesta instituição, pelo motivo exposto. Porém, deve-se levar em consideração que este resultado possa estar associado a um possível viés da amostra, como por exemplo, a interferência do período da realização da pesquisa; por isso, a necessidade de relativizá-lo.

Observando-se a distância percorrida pelo usuário entrevistado, de sua casa até o Hospital Geral estudado (Tabela 18), visualiza-se que 50,7% percorrem de 200 metros a 5 quilômetros. Este resultado evidencia que a metade dos entrevistados residia na sede municipal de Camaquã ou muito próximo, ou também havia a possibilidade de estarem visitando parentes que moravam na sede e se dizerem residentes.

Isso demonstra a facilidade geográfica que a maioria dos usuários têm para acessar o atendimento de média complexidade. Segundo Ramos (2001), a distância a ser percorrida é um fator importante, pois

quanto menor esta distância for, mais prática e econômica será a forma de deslocamento e menor será o tempo gasto. Quanto mais rápido o deslocamento, mais chance tem o serviço de ser escolhido pelo usuário. Porém, embora estes fatores sejam inegáveis na opção por um serviço de saúde, não serão decisivos, se não estiverem acompanhados de um bom acolhimento e boa resolutividade, o que demonstra a interface entre esses elementos (RAMOS, 2001, f. 68).

TABELA 18 – Distribuição dos entrevistados, por distância, Camaquã, RS, 2004.

DISTÂNCIA	n	%
De 200m a 5 km	76	50,7
De 6 a 25 km	23	15,3
De 26 a 60 km	43	28,7
De 61 a 180 km	08	5,3
Total	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Os dados da mesma tabela demonstram que 15,3% dos entrevistados residem de 6 a 25 quilômetros de distância do hospital; 28,7%, de 26 a 60 quilômetros; e, 5,3% de 61 a 180 quilômetros. O município de Camaquã possui uma grande superfície, motivo que torna muitos distritos da área rural mais distantes do que alguns municípios circunvizinhos, inclusive antigos distritos emancipados como

Cristal, Chuvisca e Arambaré. Desta forma, as quilometragens elevadas podem ser tanto do município de Camaquã como de outros. A maior distância encontrada em Camaquã foi de 60 quilômetros.

Construindo uma relação entre a distância e o padrão de vida na sede (figura 7), pode-se inferir que quanto mais próximo ao bairro centro está a residência, melhor é a condição econômica da população do município de Camaquã, o que parece não ter uma influência direta no acesso ao serviço de saúde estudado, conforme descrito na página 110.

A questão da distância remete ao deslocamento. O deslocamento do usuário de sua casa até o serviço de saúde é considerado uma forma de acesso geográfico e econômico. Ramos (2001) estudou o acesso geográfico através de três elementos: a forma de deslocamento, o tempo de deslocamento e o serviço de saúde investigado. Segundo a autora, “a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é, sem dúvida, fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde” (RAMOS, 2001, f. 61). Ressalta que a forma de deslocamento sofre influência do fator financeiro, pois há um custo de transporte.

No presente estudo, a média de tempo de deslocamento foi de 30,653 minutos e os meios de locomoção utilizados foram carro particular ou táxi, em primeiro lugar, seguido de ambulância ou carro da Prefeitura, transporte coletivo, bicicleta, a pé e em cadeira de rodas.

No estudo de Stein (1998), os usuários utilizavam, em média, 30 minutos para se deslocar até o serviço de saúde que costumavam procurar quando necessitavam. Neste mesmo estudo, na busca pelo serviço de pronto-socorro, os usuários levaram 30 minutos para o deslocamento, quando não havia encaminhamento de um serviço

de saúde e, 52 minutos, quando o encaminhamento havia sido realizado pelo médico.

Santos¹⁷ citado por Adami (1990) refere o acesso ao serviço de saúde, tanto na área urbana, como na rural, deveria se dar, preferencialmente, a pé e, utilizando-se, no máximo, de 20 minutos. Já Bravo¹⁸ citado por Adami (1990) refere que o tempo despendido com o transporte, da casa do usuário até o serviço de saúde, não poderia ser superior a 20 ou 30 minutos.

Observa-se, desta forma, que a média do tempo de deslocamento dos usuários entrevistados no presente estudo, é semelhante ao exposto na literatura referente ao tema.

Os dados da tabela 19 referem-se ao tempo de moradia dos entrevistados adultos da pesquisa e sua procedência. A faixa etária de 0 a 14 anos foi separada nesta análise devido à possibilidade de diminuir o tempo de moradia do total dos entrevistados, bem como o caso ignorado pelo respondente. Portanto, foram consideradas, nesta categoria, as idades entre 15 e 91 anos.

Estes dados demonstram que, 27,9% residiam no mesmo local havia até 5 anos, um grande índice para o pequeno intervalo de 5 anos. Este resultado poderia estar indicando uma possível mobilidade residencial entre quase um terço dos entrevistados adultos. O mesmo não pode ser dito dos demais dois terços, onde em 10,5% o tempo de moradia ficou entre 6 e 10 anos; 16,5% de 11 a 20 anos; 28,6% de 21 a 40 anos; e, 16,5% a mais de 41 anos.

Pode-se verificar, a partir desses dados, que uma parcela dos entrevistados podia estar trocando de local de residência mais freqüentemente. Este dado deve

¹⁷ SANTOS, N. R. Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 42-52, 1981.

¹⁸ BRAVO, A. L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. **Bol. Ofic.. Sanit. Panamer**. v. 77, n. 3, p. 231-243, 1974.

ser relativizado pelo fato de poder ser a primeira vez que o entrevistado mudava de residência. Os demais, em sua maioria, permaneciam um tempo bem maior na mesma residência. Um fato observado foi que muitas pessoas que moravam no Interior nasceram nas terras dos pais, as herdaram e continuavam residindo nesse mesmo espaço, com suas famílias.

TABELA 19 – Relação dos entrevistados adultos por tempo de moradia e procedência, Camaquã, RS, 2004.

TEMPO DE MORADIA	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 5 anos	18	26,9	10	40	09	21,9	37	27,9
De 6 a 10 anos	08	11,9	01	4	05	12,2	14	10,5
De 11 a 20 anos	17	25,4	01	4	04	9,8	22	16,5
De 21 a 40 anos	20	29,8	08	32	10	24,4	38	28,6
Mais de 41 anos	04	6	05	20	13	31,7	22	16,5
TOTAL	67	100	25	100	41	100	133	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 20,59 - p = 0,00832618$.

Observa-se que há uma diferença bastante significativa entre o tempo de moradia e o local de residência (Tabela 19), ou seja, existe diferença entre residir em Camaquã (sede e Interior) e outros Municípios. O teste estatístico aplicado não permite saber onde está esta diferença, apenas evidenciá-la. Provavelmente as pessoas do Interior e de outros Municípios moravam há mais tempo no local de residência do que as da sede.

5.6.2 Os usuários e suas formas de resolução dos problemas de saúde no cotidiano

A utilização dos serviços de saúde e as trajetórias terapêuticas da população em estudo estão sendo discutidas, neste momento, independente do tipo de problema apresentado, no que se refere ao que normalmente o usuário faz quando tem algum problema de saúde. Objetiva-se, neste item, identificar os recursos terapêuticos utilizados para a solução de problemas referidos como costumeiros e graves, bem como a medida tomada pelo usuário quando seu problema de saúde não é resolvido e os serviços que buscam habitualmente quando necessitam de atendimento.

5.6.2.1 Recursos terapêuticos utilizados para solução de problemas de saúde referidos como costumeiros

Os entrevistados foram questionados sobre os recursos terapêuticos utilizados para a solução de problemas de saúde costumeiros, mas anteriormente sobre quais problemas de saúde consideravam costumeiros. Esta questão se fez necessária para possibilitar o conhecimento sobre qual era o conceito deste tipo de problema para cada entrevistado.

Obtiveram-se 246 respostas nas 150 entrevistas realizadas (Quadro 5), que foram agrupadas por categorias semelhantes às utilizadas pela CID-10 – Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS E PROBLEMAS	Sede	Interior	Outros municípios	Subtotal
OTORRINOLARINGOLÓGICOS	Gripe	52	20	36	130
	Resfriado	05	01	03	
	Afecções da garganta	06	--	01	
	Afecções do ouvido	02	01	--	
	Sinusite	--	--	03	
DIGESTIVOS	Dor de barriga	03	--	01	20
	Afecções intestinais	03	01	03	
	Afecções de estômago	03	--	04	
	Vômito	01	--	--	
	Problema de fígado	--	--	01	
RESPIRATÓRIOS	Bronquite	04	--	--	13
	Asma	01	--	01	
	Pneumonia	03	--	03	
	Afecções pulmonares	--	--	01	
CARDIOVASCULARES	Pressão alta	04	--	--	07
	Derrame	01	01	--	
	Problema no coração	--	--	01	
INFECCIOSOS E PARASITÁRIOS	Varicela	01	01	01	07
	Caxumba	--	--	01	
	Sarampo	01	--	--	
	Infecção	01	--	01	
LOCOMOTOR E ASSOCIADO	Problema de coluna	04	--	01	06
	Dor nas pernas	01	--	--	
GENITURINÁRIOS	Infecção urinária	--	01	--	03
	Afecções renais	--	--	01	
	Riscos gestacionais	--	01	--	
ENDÓCRINOS E METABÓLICOS	Diabete	--	--	01	01
HEMATOLÓGICOS	Anemia	--	01	01	02
NEUROLÓGICOS	Tontura	01	--	--	02
	Seqüelas	--	01	--	
OFTALMOLÓGICOS	Miopia	--	--	01	01
GERAIS E INESPECÍFICOS	Dor de cabeça	10	05	09	51
	Febre	05	06	04	
	Dor de dente	03	--	02	
	Machucado	03	01	--	
	Mordida de mosquito	--	01	--	
	Alergia	--	01	--	
	Alguma dor que dá de repente	01	--	--	
Não sabe		01	01	--	02
Nenhuma		01	--	--	01
TOTAL					246

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

QUADRO 5 – Distribuição dos problemas costumeiros declarados, por grupos de doenças, pelos usuários entrevistados, Camaquã, RS, 2004.

A maioria dos entrevistados (52,8%) apontou os problemas otorrinolaringológicos como os costumeiros, após os gerais e inespecíficos (20,7%), digestivos (8%), respiratórios (5,3%), dentre outros. Este resultado demonstra problemas de saúde comuns na população, como observado em estudos no Estado e no País.

Seguindo o mesmo padrão, no estudo de Tanaka e Resenburg (1990, p. 6) sobre a utilização ambulatorial, constatou-se que “o principal motivo de procura ao serviço, apresentado pela clientela do PAM e do PA, refere-se a queixas relacionadas, predominantemente, a problemas dos aparelhos digestivo e respiratório e a problemas gerais e inespecíficos”.

Ao mesmo tempo, houve algumas citações de problemas de saúde crônico-degenerativos, como os cardio-vasculares, neurológicos, endócrinos e metabólicos. Este aspecto demonstra que o conceito de problemas costumeiros pode ser diferente para cada pessoa. Um usuário pode estar convivendo com uma doença grave e/ou crônica controlada e não se sentir doente. Helman (2003) refere que o indivíduo portador de doenças crônicas e insidiosas pode manter sua vida normal; logo, não se podem definir essas condições como anormais.

A partir da conceituação de problemas costumeiros, pelo usuário, questionou-se sobre os recursos por eles utilizados no momento em que esses problemas ocorrem. Para tanto, foram utilizados os conceitos de automedicação, cuidados tradicionais e serviços de saúde de Novakoski (1999), citados na entrevista de sua enquête domiciliar:

Automedicação – envolve todos os recursos e cuidados ao doente por uma pessoa da família, com o uso de ervas e remédios caseiros, inclusive a utilização de medicamentos por conta própria.

Cuidados tradicionais – recurso a um prático, curandeiro, benzedeiro, balconista de farmácia, massagista, entre outros, consultado fora da família.

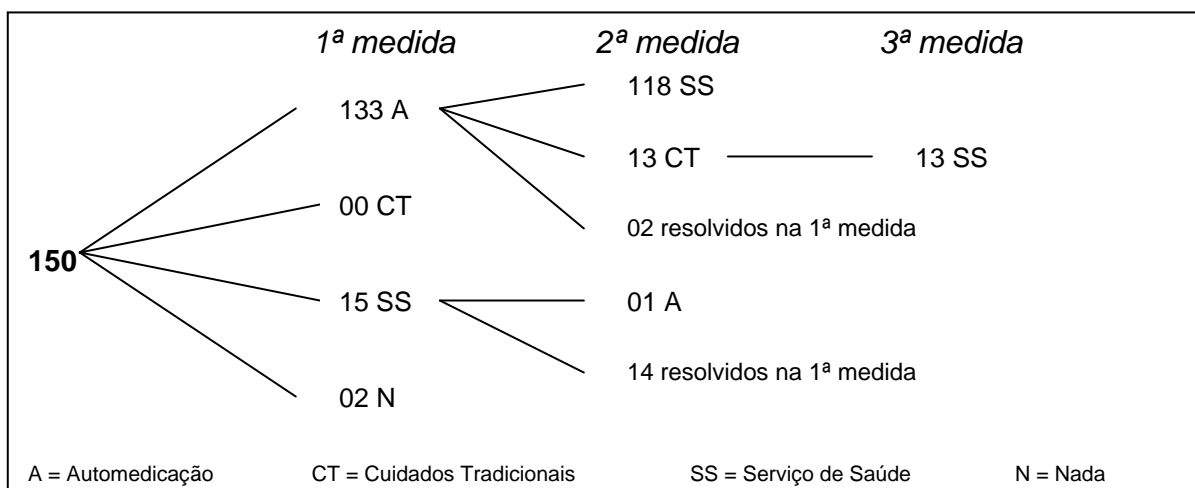
Serviços de saúde – todos os cuidados prestados ao doente por uma pessoa “qualificada”, médico, enfermeiro, pessoal de enfermagem, dentista, entre outros, dentro de serviços formais de saúde (NOVAKOSKI, 1999, f. 312).

Optou-se por este referencial por se acreditar que o mesmo responde aos objetivos da questão investigada. Esta questão também é de autoria de Novakoski (1999); pensa-se que ela traz, mesmo que linearmente, um indicativo quanto à trajetória dos usuários com problemas de saúde costumeiros.

Segundo Helman (2003, p. 71), quanto mais complexa a sociedade, maior será a probabilidade de apresentar uma “pluralidade de serviços de saúde”. Relata que as pessoas podem

decidir descansar ou tomar um remédio caseiro, pedir ajuda a um amigo, parente ou vizinho, consultar um sacerdote local, um curandeiro ou uma “pessoa sábia” ou, então, consultar um médico, desde que exista um disponível. Essas pessoas podem, também, tomar todas estas medidas ou apenas uma ou duas e podem tomá-las em qualquer ordem (HELMAN, 2003, p. 71).

A referida questão mostra que dos 150 entrevistados, apenas 2 não faziam nada quando estavam com problemas considerados costumeiros (Figura 13). Quanto aos demais, 133 optavam pela automedicação, enquanto 15 buscavam diretamente algum serviço de saúde. Não houve menção de procura, em primeira medida, de cuidados tradicionais. Acredita-se que isso ocorra pelo fato dos entrevistados realmente não buscarem este tipo de medida ou de não se sentirem à vontade de mencionar isso a um profissional da área da saúde. Autores como Silva e Franco (1996) relatam que o ser humano sempre procurou várias alternativas para a manutenção de sua saúde e cura de suas doenças.



Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 13 – Árvore de recursos que são utilizados pelos entrevistados para problemas de saúde considerados costumeiros, Camaquã, RS, 2004.

Dos entrevistados que responderam que a primeira medida tomada é a automedicação, 118 referiram que a segunda medida é a busca por serviço de saúde, 13 buscariam cuidados tradicionais e 2 acreditavam que o problema já estaria solucionado. Desses 13 que procuraram os cuidados tradicionais, todos buscariam serviços de saúde como terceira medida.

Dos usuários que referiram buscar por serviços de saúde como primeira medida, apenas um relatou realizar a automedicação como segunda medida caso a primeira não fosse efetiva, os demais acreditavam que o problema estaria resolvido. A maioria das pessoas respondeu ao questionamento colocando o serviço de saúde como a medida final que resolveria o problema de saúde, porém muitas vezes isso não acontece. Como já foi mencionado, Helman (2003) refere que as pessoas podem buscar uma, duas ou todas as medidas e em qualquer ordem.

Acredita-se que a questão proposta não seja dinâmica, em que as pessoas se coloquem em movimento e sim algo linear que busca uma objetividade que não existe quando se está com algum problema de saúde. Sendo posta linearmente, as

peessoas acreditam que o final da linha é o serviço de saúde, quando na realidade pode não ser, como apenas uma pessoa citou, que caso não houvesse resolutividade pelo serviço, ela partiria para a automedicação. Pensa-se que quando a pessoa for questionada quanto a sua trajetória com o problema de saúde atual, esta dinâmica irá aparecer mais claramente nas suas referências.

5.6.2.2 Recursos terapêuticos utilizados para solução de problemas de saúde considerados graves

Da mesma forma como foi realizado em relação aos problemas costumeiros, os graves foram exemplificados pelos entrevistados e, após, mencionados os recursos utilizados. Na distribuição dos problemas graves declarados pelos usuários entrevistados, obtiveram-se 317 respostas nas 150 entrevistas realizadas (Quadro 6).

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS E PROBLEMAS	Sede	Interior	Outros municípios	Subtotal
OTORRINOLARINGOLÓGICOS	Gripe	01	--	--	02
	Afecções da garganta	01	--	--	
DIGESTIVOS	Afecções intestinais	--	01	01	10
	Problema de fígado	05	02	--	
	Úlcera gástrica	--	--	01	
RESPIRATÓRIOS	Pneumonia	02	01	01	16
	Afecções pulmonares	09	01	02	
CARDIOVASCULARES	Pressão alta	02	03	02	48
	Derrame	04	03	03	
	Problema no coração	15	07	05	
	Problema circulatório	01	--	01	
	Acidente vascular cerebral	02	--	--	
INFECCIOSOS E PARASITÁRIOS	Meningite	02	--	01	67
	Leptospirose	01	--	--	
	Coqueluche	01	--	--	
	Tétano	01	--	--	
	AIDS	34	11	16	
NEOPLÁSICOS	Câncer	41	17	33	91
LOCOMOTOR E ASSOCIADO	Problema de coluna	01	02	02	10
	Quebrar ossos	01	--	01	
	Artrite reumatóide	01	--	--	
	Hérnia de disco	01	--	--	
	Pernas atrofiadas	01	--	--	
GENITURINÁRIOS	Infecção urinária	02	--	01	11
	Cálculo renal	--	--	03	
	Afecções renais	01	01	01	
	DSTs	02	--	--	
MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	Depressão	--	--	02	04
	Esquizofrenia	--	01	--	
	Loucura	01	--	--	
ENDÓCRINOS E METABÓLICOS	Diabete	10	03	06	23
	Colesterol	01	--	02	
	Triglicerídeos	01	--	--	
HEMATOLÓGICOS	Anemia	01	--	--	01
NEUROLÓGICOS	Mal de Parkinson	--	--	01	05
	Mal de Alzheimer	01	--	--	
	Ataxia cerebral	01	--	--	
	Trauma craniano	01	--	--	
	Problemas de cabeça	01	--	--	
GERAIS E INESPECÍFICOS	Dor de cabeça	01	--	--	06
	Febre	02	--	01	
	Úlcera de pressão	01	--	--	
	Dor no braço	--	01	--	
Não sabe		01	--	01	02
Outras manifestações		10	05	06	21
TOTAL					317

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

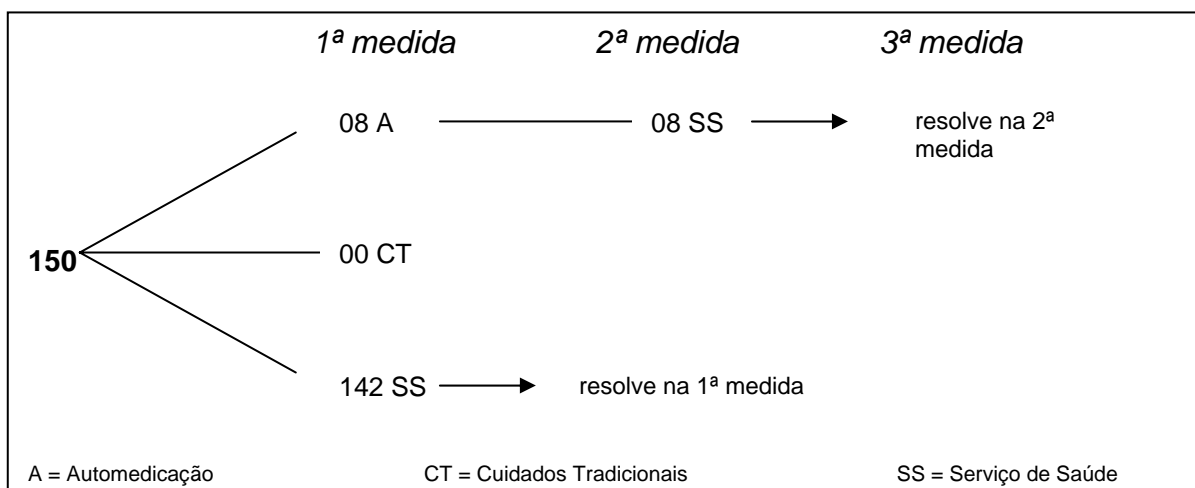
QUADRO 6 – Distribuição dos problemas graves declarados, por grupos de doenças, pelos usuários entrevistados, Camaquã, RS, 2004.

A maioria dos entrevistados (28,7%) apontou as neoplasias como os problemas graves, seguidos pelos infecciosos e parasitários, incrementado pelo elevado índice de respostas relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (21,1%). Na seqüência, aparecem os problemas cardio-vasculares (15,1%), endócrinos e metabólicos (7,2%), dentre outros. Este resultado aponta graves problemas de saúde, muito frisado na AIDS e nas neoplasias. Da mesma forma como nos problemas costumeiros, houve menções entre os graves de problemas mais simples, como os otorrinolaringológicos e digestivos.

Sontag¹⁹ citada por Helman (2003, p. 121) descreve que, nos últimos séculos, doenças como o câncer, a tuberculose e a sífilis foram utilizadas como metáfora para o mal, sendo que, especialmente o câncer, foi descrito por meios de comunicação, literatura e no discurso popular “como um tipo de força maligna caótica e irrestrita, única no mundo moderno, composta de células primitivas, atávicas, caóticas e energizadas, que se comportam sem nenhuma inibição e sempre destroem a ordem natural do corpo (e da sociedade)”. Acrescenta-se a este discurso a AIDS, pois se acredita que a mesma, unida ao câncer, representam as doenças mais temidas pela população mundial, atualmente.

Nos problemas de saúde graves também houve o questionamento a respeito dos recursos utilizados pelos usuários entrevistados (Figura 14).

¹⁹ SONTAG, S. **Illness as metaphor**. Vintage, 1978.



Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

FIGURA 14 – Árvore de recursos que são utilizados pelos entrevistados para problemas de saúde considerados graves, Camaquã, RS, 2004.

Dos 150 entrevistados, 142 buscariam os serviços de saúde como primeira medida, enquanto 8 prefeririam a automedicação em primeira e a busca por serviço de saúde em segunda medida. Não houve menção à procura por cuidados tradicionais. Neste momento, pode-se observar mais claramente a linearidade da questão, comentada anteriormente, pois as pessoas entrevistadas colocavam o serviço de saúde como resolutivo de seus problemas e, muitas vezes, não o é, ao menos numa primeira procura.

Campos (1997, p. 182) refere que a “mitificação e o endeusamento da potência de alguns profissionais ou procedimentos” é freqüente por parte de alguns usuários. Merhy (1994) relata que o usuário tem uma grande expectativa de que o profissional responda resolutivamente ao seu problema de saúde. Essas citações demonstram que o usuário acredita que ele terá o seu problema resolvido no serviço de saúde.

5.6.2.3 Serviços de saúde habitualmente utilizados pelos usuários entrevistados

Quanto à relação entre o serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado, independente do tipo de problema apresentado, e o Município onde busca pelo mesmo, observa-se que a maioria da população (82,7%) buscava um atendimento básico, num primeiro momento, acessando as demais complexidades da rede, numa segunda etapa (Tabela 20). Porém, 17,3% preferiam buscar o pronto-socorro/emergência diretamente, pela facilidade em obter o atendimento ou mesmo em casos emergenciais, como será discutido em questão específica.

No estudo de Novakoski (1999), a atenção básica também é a utilizada, habitualmente, pelos entrevistados. Verificou que 55,1% procuraram postos ou centros de saúde; 15,9% consultórios médicos ou clínicas; e, 9,3% serviços de sindicatos e empresas. A soma desses serviços atingiu 80,3% da procura.

Como o presente estudo uniu os serviços citados separadamente por Novakoski (1999), chega-se à conclusão de que ambos os resultados corroboram. Os usuários de ambos os estudos procuraram os serviços de atenção básica num primeiro momento, deixando os de maior complexidade como segunda alternativa.

Quanto ao elevado índice de procura pelo atendimento de média complexidade, Novakoski (1999, f. 172) menciona a facilidade geográfica e econômica dos hospitais, além da “tendência hospitalocêntrica impregnada na política e na prática de saúde” como fortalecedores pela busca de um atendimento hospitalar ou de pronto-socorro.

No estudo realizado por Stein (1998), num serviço de emergência de Porto Alegre, os motivos de utilização do serviço em casos de não emergência foram:

- para prevenir o pior;
- porque outros serviços não atendem à noite ou fim de semana;
- porque um familiar os encaminhou;
- porque o serviço é bom;
- porque a emergência é mais próxima;
- porque foi encaminhado pelo médico;
- para conseguir fazer exame;
- porque a consulta que tem marcada é para o mês que vem;
- porque trabalha e não tem tempo de marcar consulta (STEIN, 1998, f. 82-83).

Já no estudo de Marques (2004, f. 50), os motivos referidos pelos usuários de um serviço de pronto-atendimento (SPA) de Porto Alegre, foram situações graves e de risco, “queixas agudas, necessidades pontuais caracterizadas como não urgentes, busca de atendimentos complementares aos recebidos em outros serviços de saúde e vínculo com o SPA”.

De uma maneira geral, pode-se observar que a população considera que “o correto seria procurar uma unidade de saúde”, porém alguns usuários utilizam-se da estratégia de buscar o pronto-socorro para conseguir o atendimento mais rápido. Observou-se que, muitas vezes, o que era referido como emergência, na realidade não o era, mas sim um atendimento eletivo que poderia ser realizado na unidade básica de saúde.

Por outro lado, não se pode criticar este tipo de comportamento da população que, afinal, paga seus impostos e merece um atendimento digno e humano, e busca a resolutividade de seus problemas de saúde. Acredita-se que a população deva buscar os serviços de saúde conforme as suas necessidades e não a partir de noções do modelo biomédico amplamente dominante no sistema de saúde brasileiro. Marques (2004, f. 50) apontou a procura deste tipo de serviço, pelos usuários, com a finalidade de solucionar suas necessidades, sendo a expressão da queixa, a forma com a qual “as portas do atendimento se abrirão para eles”.

Segundo Stein (1998), o vínculo com o médico (acrescenta-se a equipe de saúde) no serviço de atenção básica diminuiria a procura não urgente em serviços de emergência. O autor refere que o uso sem critério deste tipo de serviço de saúde traz várias conseqüências, tais como sobrecarga de trabalho, diminuição da qualidade do atendimento e alto custo do sistema de saúde.

O Secretário de Saúde do município de Camaquã referiu sua preocupação com o número de usuários que acessam o Pronto-Socorro, relatou o projeto de abrir dois Programas de Saúde da Família próximos ao Hospital Geral para receber a demanda. Stein (1998) relata que os planejadores de saúde estão preocupados com o aumento da utilização das emergências, devido ao seu alto custo e à falta de atendimento continuado.

Marques (2004, f. 54) ressalta que existem 120 unidades básicas em Porto Alegre, porém “este quantitativo não é suficiente, pois nem todos os problemas de saúde da população são resolvidos com quantidade e qualidade do serviço ofertado” neste tipo de serviço de saúde, ou seja, “a maioria das unidades não apresentam estrutura para abarcar todas as demandas que lhes chegam”. A citação desta autora incita o questionamento referente à organização dos serviços de saúde da atenção básica.

Por outro lado, Stein (1998) reflete sobre a excessiva procura da população por serviços de emergência. Refere que ela acaba criando esta cultura em um País como o nosso, com um sistema de saúde desorganizado, com recursos escassos para a atenção básica, muitas vezes sem resolutividade e encaminhamentos sem critérios.

Segundo Stein (1998) os fatores determinantes da utilização de consultas em serviços de emergência são a percepção da gravidade, pelo paciente, tempo de

sintoma, fatores demográficos, características socioeconômicas, meio de transporte e tempo de deslocamento. Este autor refere que o excesso de demanda acaba impedindo o acesso a verdadeiras emergências.

A relação entre o serviço de saúde, habitualmente utilizado pelo entrevistado, e o Município onde busca pelo mesmo, mostrou-se estatisticamente significativa (Tabela 20). Logo há diferença entre a busca pelos serviços de atenção básica, consultório particular/plano ou Pronto-socorro e o local de procura, Camaquã e outros Municípios. Acredita-se que esta diferença esteja na busca por consultório particular/plano e Pronto-Socorro, que ocorre, em grande parte, no município de Camaquã, o que confirma as hipóteses de este Município concentrar a demanda a serviços de média complexidade, o que o torna referência entre os Municípios vizinhos e promove fluxos de utilização destes serviços de saúde (ROESE; LIMA; GERHARDT, 2003). Outra observação pertinente é o elevado índice de primeira procura na atenção básica, em outros Municípios.

TABELA 20 – Relação entre o serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado e o município onde busca pelo mesmo, Camaquã, RS, 2004.

SERVIÇO DE SAÚDE	LOCAL DE PROCURA DO ATENDIMENTO				TOTAL	
	Camaquã		Outros municípios		n	%
	n	%	n	%		
Unidade básica de saúde	52	52,6	47	92,2	99	66
Consultório particular/plano	23	23,2	02	3,9	25	16,7
Pronto-socorro	24	24,2	02	3,9	26	17,3
TOTAL	99	100	51	100	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 23,56 - p = 0,00000765$.

Quanto à relação entre o serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado e sua procedência, observa-se que existe uma grande diferença estatística (Tabela 21). Nesse caso, a busca pelos serviços de saúde é influenciada pela procedência do usuário entrevistado.

TABELA 21 – Relação entre o serviço de saúde habitualmente utilizado pelo entrevistado e a sua procedência, Camaquã, RS, 2004.

SERVIÇO DE SAÚDE	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Unidade básica de saúde	39	52	15	55,6	45	93,8	99	66
Consultório particular/plano	21	28	03	11,1	01	2	25	16,7
Pronto-socorro	15	20	09	33,3	02	4,2	26	17,3
TOTAL	75	100	27	100	48	100	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\chi^2 = 29,78$ – $p = 0,00000544$.

Observa-se que 93,8% dos usuários entrevistados que residiam em outros municípios buscavam, em primeira opção, unidades básicas de saúde em seu Município de origem, enquanto os moradores de Camaquã acessavam mais os consultórios particulares e o Pronto-socorro, além das unidades básicas de saúde.

No estudo de Stein (1998), dos entrevistados na emergência, três quartos referiam procurá-la habitualmente. Este resultado demonstra o aumento na procura por serviços de emergência como primeira escolha.

5.6.2.4 Recursos terapêuticos utilizados quando o problema de saúde, de uma forma geral, não é resolvido

Normalmente, quando o usuário não tem seu problema de saúde solucionado (Tabela 22), seja ele costumeiro ou grave, a grande maioria dos entrevistados refere procurar outro serviço de saúde (75,3%), enquanto outros 24% dizem retornar ao mesmo serviço. Alguns entrevistados relataram que quando seu problema não era resolvido pediam encaminhamento para outro serviço de saúde e houve menção da busca pelo mesmo serviço, em outro dia, para consultar outro profissional sobre o mesmo problema de saúde. Observa-se que a população utiliza-se de estratégias para conseguir alcançar a resolutividade de seus problemas. Neste sentido, Marques (2004) relata que, devido à falta de resolutividade em alguns serviços de saúde, o usuário se submete a mais de um atendimento para obter a satisfação de suas necessidades.

Cohn *et al.* (1991), em seu estudo, ainda no modelo do INAMPS, refere que 1/5 da população estudada declarou que o serviço de saúde procurado foi ineficiente. Ressalta que esta ineficiência possui diferentes percepções por parte dos usuários. Acrescentou-se esta bibliografia para comprovar que mesmo passados 13 anos da publicação e na vigência de outro modelo de sistema de saúde, o problema continua enraizado na sociedade.

Stein (1998) ressalta que dois quintos de seus entrevistados que foram procurar a emergência, o fizeram por não terem ficado satisfeitos com o atendimento anterior. Refere que pode ter sido a falta de resolutividade do problema de saúde que os tenha levado a procurar um novo serviço de saúde.

Degani (2002) relata alguns motivos que levam os usuários a acessarem outro serviço de saúde: a demora no atendimento e a escassez de recursos (tecnológicos ou profissionais). Estes motivos suscitam alguns aspectos, a demora evidencia a falha na organização dos serviços; isso implica problemas para os usuários, falta de resolutividade, afasta-o de seu referencial geográfico e impossibilita o vínculo com a equipe de saúde (DEGANI, 2002). Já a escassez de recursos pode determinar a demanda para outros serviços que, segundo Degani (2002), é marcada culturalmente pela valorização do modelo médico-privatista, o que compromete a resolutividade e a qualidade do atendimento.

Os motivos expostos por Degani (2002) revelam a dificuldade no acesso funcional que implicam problemas de acesso geográfico e econômico, repercutindo no acesso cultural. Logo, constata-se que “o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde”, envolvendo fatores socioeconômicos e culturais interagindo com a estrutura política do País (UNGLERT, 1990, p. 445).

No presente estudo, apenas uma pequena parcela (0,7%) relatou que quando seu problema não era resolvido, procurava outras alternativas fora do serviço de saúde formal, no caso uma farmácia em Camaquã. Relatou consultar um balconista que resolveu seu problema e disse que não costumava buscar atendimento em serviços de saúde. Silva e Franco (1996, p. 89) referem-se ao balconista de farmácia como sendo um agente “tido como terapêutico” que as pessoas buscam para solução de seus problemas de saúde, agudos ou crônicos.

TABELA 22 – Distribuição dos entrevistados pela medida tomada quando o problema não é resolvido, Camaquã, RS, 2004.

PROBLEMA NÃO RESOLVIDO	n	%
Retorna ao mesmo serviço	36	24
Procura outro serviço	113	75,3
Procura outras alternativas de tratamento	01	0,7
Total	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Quando o usuário resolvia procurar outro serviço de saúde, pelo fato de o primeiro não ter sido resolutivo, a grande maioria (80,5%) buscava este serviço em Camaquã e o restante em outros Municípios, fronteiriços ou não (Tabela 23).

Degani (2002, f. 129) refere que quando um serviço de saúde objetiva apenas a “consultação” acaba repercutindo na falta de resolutividade de todo o sistema, pois só consegue “minimizar sintomas e sinais individuais para o alívio do sofrimento de seus usuários, o que, muitas vezes, pode até não ocorrer, pois o acesso equânime não é uma realidade nos serviços, protelando o atendimento integral e a ação coletiva”.

Os tipos de serviços procurados, tanto em Camaquã quanto em outros Municípios não diferem estatisticamente, ou seja, unidades básicas de saúde, médico particular ou plano e hospital ou pronto-socorro são procurados independentes da complexidade de serviço prestado. Isso evidencia que a busca por um serviço de saúde e sua respectiva utilização está associada à busca objetiva (problemas físicos apresentados pelo usuário) e subjetiva (o que este problema físico representa para este usuário) de resolutividade do problema.

TABELA 23 – Relação entre o serviço de saúde procurado e o município em que isso ocorreu quando o usuário busca outro serviço de saúde, Camaquã, RS, 2004.

MUNICÍPIO	SERVIÇO DE SAÚDE PROCURADO						TOTAL	
	Unidade básica de saúde		Médico particular ou plano		Hospital ou PS		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Camaquã	15	71,4	18	75	58	85,3	91	80,5
Outros municípios	06	28,6	06	25	10	14,7	22	19,5
TOTAL	21	100	24	100	68	100	113	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 2,56 - p = 0,27775722$.

Quando se remete à relação entre a procedência do entrevistado e o serviço de saúde que buscaria, no caso de optar por outro, observa-se que existe uma diferença significativa (Tabela 24). Isso quer dizer que há diferença entre a procedência do usuário e o serviço de saúde que o mesmo acessa quando seu problema não foi resolvido num primeiro serviço. Pensa-se que esta diferença possa estar na busca pelos serviços de média complexidade quando os de atenção básica não são resolutivos no Município de origem do usuário entrevistado ou no interior de Camaquã.

TABELA 24 – Relação entre a procedência do entrevistado e o serviço de saúde que buscaria, caso optasse por outro, Camaquã, RS, 2004.

SERVIÇO	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Unidade básica de saúde	09	15,8	08	38,1	04	11,4	21	18,6
Médico particular ou plano	18	31,6	04	19	02	5,7	24	21,2
Hospital ou PS	30	52,6	09	42,9	29	82,9	68	60,2
TOTAL	57	100	21	100	35	100	113	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 16,97 - p = 0,00195730$.

No momento em que se relaciona a procedência do usuário entrevistado e o Município em que buscaria outro serviço de saúde, caso o primeiro não fosse resolutivo, observa-se que a diferença não é significativa (Tabela 25).

TABELA 25 – Relação entre a procedência do entrevistado e o município em que buscaria outro serviço de saúde, Camaquã, 2004.

MUNICÍPIO	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Camaquã	50	87,7	17	81	24	68,6	91	80,5
Outros municípios	07	12,3	04	19	11	31,4	22	19,5
TOTAL	57	100	21	100	35	100	113	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\chi^2 = 5,07 - p = 0,07910867$.

Este resultado demonstra que não há interferência do local de procedência do usuário em relação ao município que este buscaria um atendimento caso o primeiro não fosse resolutivo. Neste caso, a motivação pela busca de cuidados de saúde parece sofrer influência de outros fatores que os de acesso geográfico.

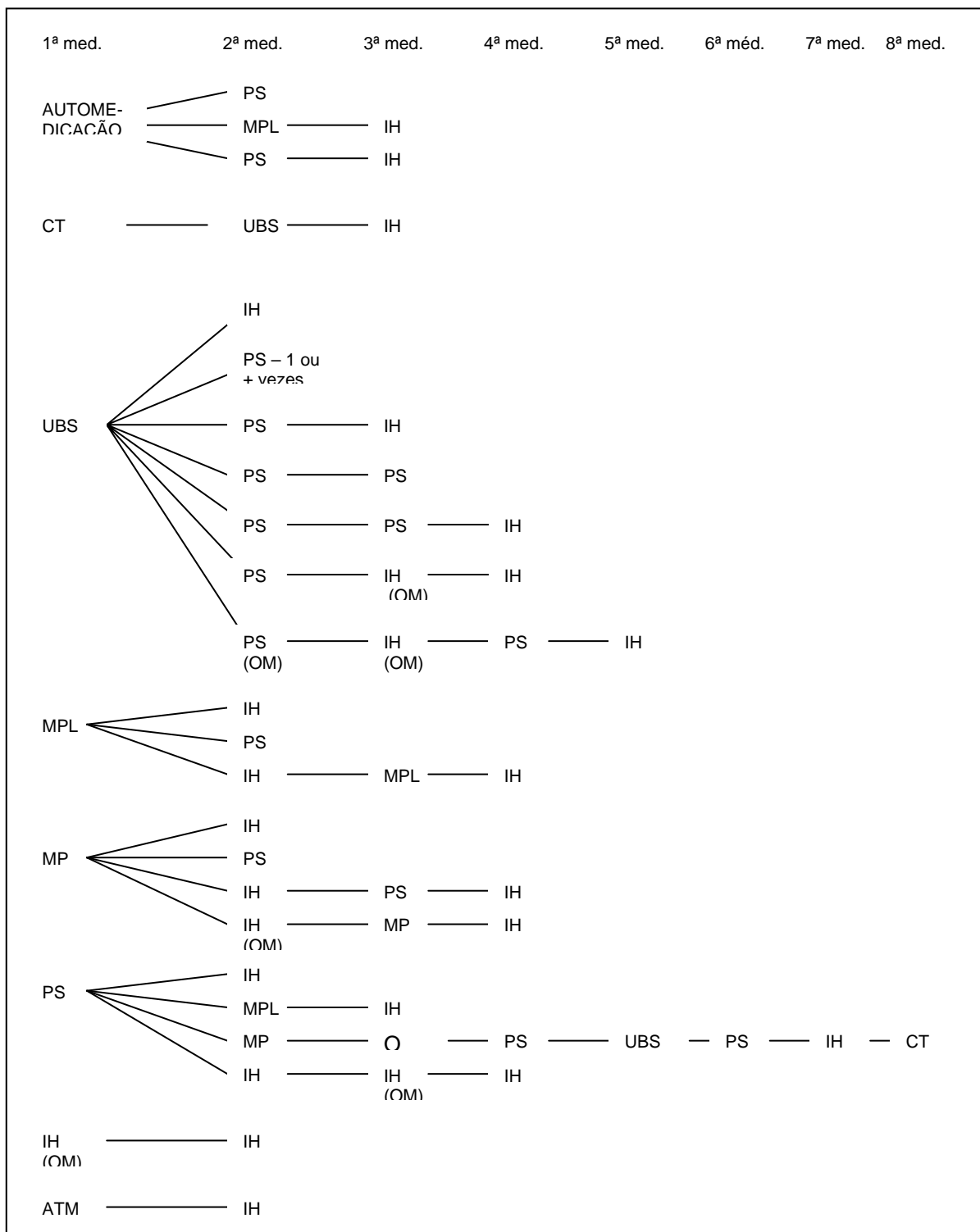
5.6.3 Trajetórias terapêuticas na busca dos serviços de saúde de média complexidade

A utilização dos serviços de saúde e trajetórias terapêuticas dos usuários entrevistados, referente ao problema de saúde apresentado na internação hospitalar ou busca ao Pronto-Socorro em Camaquã, foi analisada a partir da trajetória referida

por esses usuários, do primeiro atendimento até o atual, ilustrando, dessa forma, os fluxos dos serviços e o acesso a eles.

As trajetórias percorridas pelos usuários entrevistados foram as mais diversas, diferenciando-se quanto a sua procedência. Os residentes na sede do município de Camaquã (figura 15), buscaram os diferentes tipos de atendimento, desde a automedicação à procura de cuidados tradicionais, atenção básica, médico particular e plano ou convênio de saúde, bem como busca pelo pronto-socorro e internação hospitalar em outro Município. Foi entre os residentes da sede que ocorreu a busca mais inusitada, a procura por odontólogo e por cuidado tradicional (benzedeira), em algum momento da longa trajetória (8 medidas) pela resolução de um problema de saúde comum na infância (tipo de úlcera bucal), o que demonstra a pluralidade recursos buscados para a resolução de um problema.

Outro aspecto importante e que chamou a atenção foi o número de vezes em que os usuários acessaram o mesmo serviço pelo mesmo problema de saúde, bem como os usuários que não conseguiram a ficha de atendimento e acessaram o pronto-socorro.

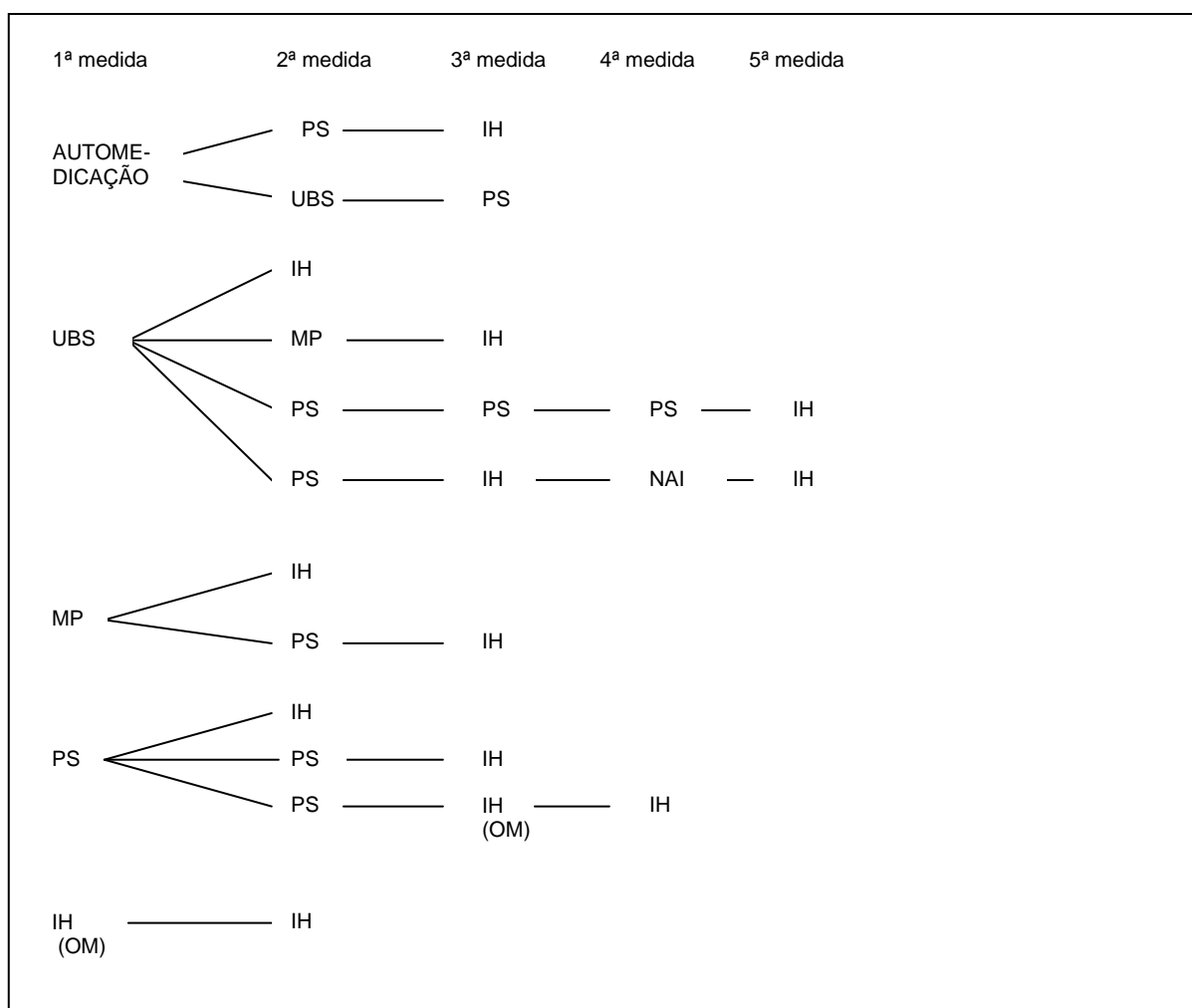


Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Siglas: CT – cuidado tradicional; PS – Pronto-socorro de Camaquã; MPL – médico plano de saúde; IH – internação hospitalar (Hospital de Camaquã); UBS – unidade básica de saúde (foram considerados todos os serviços que prestam este tipo de atendimento); IH (OM) – internação hospitalar em outro município; PS (OM) – pronto-socorro de outro município; MP – médico particular; O – odontologista; ATM – algum atendimento médico.

FIGURA 15 – Trajetórias percorridas pelos usuários entrevistados, residentes na sede de Camaquã, pelo problema de saúde atual, Camaquã, RS, 2004.

Os usuários residentes do interior do município de Camaquã (figura 16) se utilizaram da automedicação, da busca por unidades básicas de saúde e médico particular, mas a busca pelo pronto-socorro mostrou-se mais significativa nesta parcela da população.



Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Siglas: UBS – unidade básica de saúde (foram considerados todos os serviços que prestam este tipo de atendimento); PS – Pronto-socorro de Camaquã; IH – internação hospitalar (Hospital de Camaquã); MP – médico particular; NAI – Núcleo de Atendimento Integrado; IH (OM) – internação hospitalar em outro município.

FIGURA 16 – Trajetórias percorridas pelos usuários entrevistados, residentes no interior, pelo problema de saúde atual, Camaquã, RS, 2004.

Os usuários de outros Municípios (figura 17), em sua maioria, buscaram, em primeira opção, a atenção básica de saúde de seu Município de origem. A trajetória posterior é que se diferenciou, especialmente a busca pelo pronto-socorro e/ou internação hospitalar, advindo ou não de encaminhamento médico.

Seguindo as trajetórias dos usuários, a relação entre a procura por algum serviço de saúde anterior ao de média complexidade e a procedência do entrevistado é estatisticamente significativa, ou seja, há interferência da procedência do usuário com a sua procura por serviço anterior (Tabela 26). Observando-se a tabela seguinte, pode-se inferir que essa diferença esteja nos outros Municípios, pois os usuários destes devem obrigatoriamente passar por um serviço de saúde local para obterem encaminhamento ao Hospital ou Pronto-Socorro de Camaquã. Ao mesmo tempo, as trajetórias descritas acima, demonstram uma grande diversidade na busca de acesso aos diferentes serviços disponíveis no próprio município de Camaquã.

TABELA 26 – Relação entre a procura por algum serviço de saúde anterior ao de média complexidade e procedência do entrevistado, Camaquã, RS, 2004.

PROCUROU ANTES	PROCEDÊNCIA						TOTAL	
	Sede		Interior		Outros municípios			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	47	62,7	13	48,1	41	85,4	101	67,3
Não	28	37,3	14	51,9	07	14,6	49	32,7
TOTAL	75	100	27	100	48	100	150	100

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 12,4 - p = 0,00203261$.

Observando-se a descrição das trajetórias dos usuários entrevistados procedentes de Camaquã (sede ou interior) e de outros Municípios (quadros 15, 16 e 17), pode-se obter algumas análises, discutidas na seqüência.

Os residentes na **sede de Camaquã** têm, como uma das principais queixas, a dificuldade em conseguir atendimento na rede básica de saúde; a maioria não consegue ficha de atendimento; já outros conseguem agendar uma consulta, mas o problema de saúde não permite a espera, por vezes, de dias. Farias (2001) refere

que, em seu estudo sobre estratégias individuais de proteção à saúde, uma das principais queixas entre os entrevistados é a longa espera em filas que se formam, na madrugada, aguardando uma ficha de atendimento médico.

Para Unglert (1995a) este problema seria caracterizado como a falta de acesso funcional, visto que as ações de saúde oferecidas pelo serviço de saúde não estão sendo suficientes para atender à população. Esta dificuldade pode ser apontada por meio de insuficiente número de unidades de saúde, bem como de profissionais, e pela falta de planejamento e organização dos serviços; gerando, desta forma, uma rede básica insuficiente e de baixa resolutividade.

Outro fator a ser analisado é a consequência que esta demanda reprimida oriunda da atenção básica, representa, ou seja, a superlotação do Pronto-Socorro com problemas passíveis de serem solucionados na rede básica de saúde, inclusive procedimentos simples como curativo e aferição de pressão arterial, como foi referido por um usuário. Em crítica ao modelo da pirâmide²⁰, Cecílio (1997) refere que o usuário não é deseducado por procurar o Pronto-Socorro ao invés do Centro de Saúde, mas ele acessa o serviço de saúde onde é mais fácil ou possível de entrar no sistema. Cecílio (1997, p. 473) relata que está havendo uma “invasão nos serviços de urgência/emergência”, os casos mais graves estão “misturados” aos demais e, segundo o autor já se têm informações suficientes para saber que os casos graves são um pequeno número dentro do total de atendimentos. Refere que a consequência disso se dá com um “atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para seus problemas de saúde” (CECÍLIO, 1997, p. 474).

²⁰ O que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Este aspecto foi levado em consideração no momento em que se decidiu entrevistar usuários que eram atendidos ou aguardavam atendimento no Pronto-Socorro investigado. A priori acreditava-se que não seria possível realizar a pesquisa nesse setor, porém durante a apresentação do hospital foi referido que a grande procura era de casos eletivos e que se poderia realizar a pesquisa naquele ambiente.

Na realidade, o usuário busca a resolutividade de seu problema e para tanto cria estratégias que sejam capazes de suprir as suas demandas de saúde, articulando-se individual ou coletivamente e relacionando-se com a medicina oficial e com a tradicional (GERHARDT, 2000). Outra situação que pode ser mencionada é a procura por consulta médica particular para obter o encaminhamento à internação hospitalar. Logo, observa-se a existência de estratégias utilizadas por usuários que dispõem de condições para consultar o médico particular e conseguem a internação pelo SUS (maior pagador dos atendimentos prestados aos entrevistados). Mesmo assim, ouviu-se um relato de uma senhora que pagou uma consulta de R\$120,00 a prazo, em várias vezes, para conseguir a internação pelo Sistema Único de Saúde.

Outra questão importante é a busca pela resolutividade, gerando um incremento no percurso dos usuários aos serviços de saúde, seja da atenção básica, na de média complexidade ou mesmo consultórios médicos particulares. Rollo e Oliveira (1997, p. 335) referem a “empurro-terapia” dentro dos hospitais públicos, ou seja, o doente passa de médico em médico que acaba resolvendo pouco do problema apresentado. Isso foi observado na rede de saúde de Camaquã; observou-se nas trajetórias referidas pelos usuários este “empurra-empurra” de médicos da atenção básica, particulares, convênios, Pronto-Socorro e dentro do próprio hospital. Pode-se inferir que os usuários buscam a resolutividade no nível de atenção que for

necessário, mesmo que precisem acessar várias vezes e vários serviços de saúde para atingir tal objetivo.

No estudo de Marques (2004), foi ressaltado que o atendimento de queixas agudas eram realizados, no serviço de pronto-atendimento, e, posteriormente, caso fosse necessário, o usuário era orientado a procurar os serviços de atenção básica ou secundária para investigação e acompanhamento do caso.

Segundo Stein (1998, f. 163), alguns problemas oriundos da desorganização do sistema de saúde podem incluir:

má estrutura dos serviços públicos; duplicidade de atendimento (os pacientes podem ser atendidos em qualquer serviço quantas vezes acharem necessário, sem hierarquização); não comprometimento do serviço pelo atendimento continuado (atendimento fragmentado carente de organização que permita referência e contra-referência); atendimento curativo com enfoque apenas na queixa principal (o recurso humano no setor saúde não está preparado para lidar com a complexidade da situação); modelo de saúde que não privilegia o atendimento integral com ênfase na prevenção; e falta de hierarquização e regionalização dos recursos de saúde.

Cecílio (1997) acredita que seja necessário rever os fluxos e circuitos do sistema de saúde, levando em consideração os movimentos reais dos usuários, seus desejos e necessidades. Propõe o “arredondamento” da pirâmide. Segundo o autor, para se pensar o sistema de saúde na forma de círculo, deve-se “relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz” (CECÍLIO, 2003, p. 475). Refere que o círculo traz uma noção de movimento, com alternativas de entrada e saída, múltiplas possibilidades de entrada.

Os moradores do **interior de Camaquã** também referiam a dificuldade em conseguir atendimento na rede básica de saúde, pois não se conseguiam chegar a tempo para conseguir a ficha de atendimento. Segundo Ramos e Lima (2003), a

entrada dos usuários nos serviços de saúde é envolta pelo acesso funcional. O acesso geográfico também está envolvido nesta questão, por meio de obstáculos impostos, tais como a distância, o meio de transporte e o tempo decorrido.

Ramos e Lima (2003) relata que a facilitação no acesso, além de outros fatores (acolhimento), favorece o vínculo do usuário com a unidade de saúde, influenciando no tempo de utilização do serviço e frequência de procura pelo atendimento.

Alguns usuários relataram que o transporte coletivo é um complicador, devido aos horários de circulação. Esses usuários chegam de manhã e já ficam bem atrás, na fila de espera. Segundo Unglert (1995b), uma das pistas para que ocorra a apropriação do território são os movimentos sociais urbanos; acrescenta-se aqui o rural, visto que no estudo da autora o foco era a área urbana. Unglert (1995b, p. 226) refere a necessidade de haver “articulação do processo de gestão entre o pessoal de saúde que atua na rede e as organizações populares”, pois esses movimentos incluem “problemas prioritários para a população, como moradia, transporte e saúde”.

Durante a coleta de dados, o transporte coletivo foi um aspecto instigante. Buscou-se saber os horários e as disponibilidades do transporte coletivo, tanto para a sede quanto para os distritos do interior do Município.

A sede é servida por três empresas de transporte coletivo que circulam por diversos bairros atendendo à população, tendo o bairro Centro como terminal. Seus horários, tomando-se por base as grandes cidades do Estado, são bastante reduzidos, porém muito ampliados se considerar os horários dos distritos do interior do Município. Também existe o chamado “ônibus do povão” que é um transporte subsidiado pela Prefeitura de Camaquã. São três carros que servem bairros

periféricos e pobres do município, de segunda-feira a sábado. Há poucos horários, porém circulam em momentos de maior utilização do transporte coletivo: a saída para o trabalho, o horário do almoço e o retorno do trabalho.

A realidade dos Distritos do interior do Município é diferente. Há uma rodoviária municipal, no Centro, bastante tumultuada, com um prédio de construção antiga e com ônibus em mau estado de conservação. Existem dez linhas de ônibus que servem os oito Distritos do interior de Camaquã. Dessas dez linhas, oito possuem dois horários de ônibus, um no final da manhã e outro no final da tarde de segunda a sexta-feira; destes oito, três deles têm um horário aos sábados. Outra linha possui um horário à tarde de segunda-feira a sábado e a décima tem um horário à tarde, quatro vezes na semana, sendo uma destas aos sábados.

O interior do Município pode ser considerado como uma barreira geográfica que é conceituada por Unglert (1995a, p. 38) “tendo por referência a população que se movimenta na região”. A autora relata que a barreira geográfica pode ocorrer por obstáculos naturais ou gerados pela urbanização que “orientam a organização de fluxos de frequência, numa estrutura de circulação que cria distâncias relativas” (UNGLERT, 1995a, p. 38-39).

Em estudo sobre a saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da reforma agrária, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) ressalta que os entrevistados têm alguns problemas de acesso, como a falta de transporte e a distância dos serviços de saúde. Acrescentou-se este estudo por evidenciar as dificuldades ainda maiores da população do meio rural, no que se refere ao acesso a serviços de saúde de todos os níveis de complexidade.

Cosenza (2002) em estudo sobre a distribuição espacial e o acesso da população aos serviços de saúde, observou a presença de desigualdades na

distribuição dos estabelecimentos de saúde que não dispõem de regime de internação.

Pôde-se observar, na caracterização da rede de serviços de saúde de Camaquã, que o município conta com serviços de saúde que estruturam a prestação de atendimento a uma demanda espontânea da população. Também se começou a discutir, no Município, a mudança do modelo assistencial, com a presença do Programa de Saúde da Família, atendendo à população de uma área adscrita, com um número adequado de profissionais para a assistência básica de saúde, porém com algumas falhas, como, por exemplo, a distribuição de medicações apenas na Secretaria Municipal de Saúde e não no local onde ocorre o atendimento.

Quanto aos usuários procedentes de **outros Municípios**, observou-se que a grande maioria buscava a atenção básica de seu Município, houve relato de ser necessária essa forma de encaminhamento para conseguir ser atendido no hospital de Camaquã. Isso foi visualizado na tentativa de usuários conseguirem uma vaga, sem o encaminhamento municipal. Segundo Mendes (2001), o que se busca é ter espaços microrregionais, ou seja, ter a atenção primária em todos os municípios e atenção secundária (unidades hospitalares, atenção médica especializada, atenção de urgência e emergência, centro de apoio psicossocial, etc) na cidade-pólo da microrregião. O papel das coordenadorias regionais de saúde seria colocar em prática esta regionalização, oportunizar a utilização de serviços de saúde na região de residência do usuário.

Pensando nos princípios do SUS, Mendes (1995b, p. 149) destaca que um subprincípio da hierarquização seria a referência e a contra-referência. Refere que o princípio da hierarquização “exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações, gerenciais e tecnocientíficas, dentro da rede de serviços de saúde”.

Também foram mencionadas estratégias para conseguir o atendimento na Capital do Estado. Observou-se, no decorrer das entrevistas, que os usuários consideravam o atendimento em Porto Alegre mais qualificado. Outro fator que interfere no acesso dos usuários aos serviços de saúde é a influência da política municipal, como foi mencionado na descrição das trajetórias de usuários de outros Municípios. Campos (1997) refere que o clientelismo político é um dos fatores que interfere na autonomia e na liberdade das equipes de sanitaristas que, segundo ele, deveriam ser criadas pelo sistema público.

Um fato observado na trajetória percorrida por alguns usuários, independente de sua procedência, foi a dificuldade que tiveram em obter a resolutividade. Houve casos em que o usuário foi obrigado a procurar vários serviços e mesmo assim não resolveu seu problema de saúde. Remete-se novamente à fala de Rollo e Oliveira (1997, p. 334) quando citam o “jogo de empurra-empurra” ou a “empurro-terapia” ou ainda a citação de Marques (2004, f. 60), em relação a “peregrinações pelos serviços”.

Stein (1998, f. 113) refere que

o fluxo de pacientes que precisam consultas eletivas é bastante grande, porque os pacientes encaminhados para um acompanhamento continuado no nível ambulatorial pelo emergencista levam um tempo considerável para marcar consultas, o que demonstra os desajustes da interface entre atenção primária e secundária e, muitas vezes, que o atendimento não é resolutivo.

O autor ainda relata que o Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição vem avaliando os fluxos de atendimento por meio de um sistema de simulação computacional. O objetivo desse sistema é prever, com dados reais, o que acontecerá, na realidade. Acredita-se que avaliar o perfil da demanda seria uma forma racional de prever o fluxo de usuários.

Cecílio (1997) ainda ressalta que é a população que depende do Sistema Único de Saúde, quem mais sofre com os problemas de acesso. A partir da análise das trajetórias dos usuários pode-se observar que realmente são eles os prejudicados com os problemas de acesso e resolutividade do SUS e, para tanto, utilizam-se de estratégias tentando driblar os obstáculos impostos pelo sistema de saúde.

5.6.4 Motivos da utilização dos serviços de média complexidade

Os motivos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade pelo problema de saúde atual são diferentes entre os residentes na sede e interior de Camaquã, bem como nos de outros Municípios.

Os usuários residentes na sede de Camaquã (quadro 7) se utilizaram dos serviços de média complexidade por diversos motivos, porém um dos principais é a sua proximidade e o bom atendimento. Por outro lado, surgiram questões interessantes para a análise dos fluxos destes usuários, tais como estes serem os serviços de referência no final de semana e à noite (fora do horário de atendimento das unidades de saúde), e ser mais fácil de acessar do que na Capital do Estado (Porto Alegre).

- Hospital de Camaquã ser o único que existe no município e arredores (referência municipal);
- proximidade da instituição;
- bom atendimento e ser o hospital que possui melhores condições na região;
- resolutividade dos problemas de saúde;
- encaminhamento médico;
- ser o atendimento que acessam quando necessitam;
- disponibilidade da instituição;
- por seu médico trabalhar na mesma;
- ser mais fácil acessar do que em Porto Alegre e de que a doença não sendo tão grave, pode ser resolvida em Camaquã;
- por ser final de semana (referência neste período);
- por ser o que atende pelo Sistema Único de Saúde.

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

QUADRO 7 – Motivos de utilização dos serviços de média complexidade entre os usuários residentes na sede, Camaquã, 2004.

Entre os residentes do interior do Município (quadro 8), observa-se que os motivos não se diferenciam dos da sede, porém há uma menor diversidade, indo desde ser o único hospital do Município até se conhecer o atendimento, não deixando de lado a questão do difícil acesso à Capital do Estado.

- ser o único hospital do município e arredores (referência regional);
- conhecer o atendimento (demonstrando confiança na instituição);
- encaminhamento médico;
- ser mais fácil do que ir à Porto Alegre.

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

QUADRO 8 – Motivos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade entre os usuários residentes no interior, Camaquã, 2004.

Os motivos de utilização dos serviços de média complexidade, por parte dos usuários de outros Municípios (quadro 9), diferenciam-se dos demais, residentes em Camaquã, pois muitos são encaminhados da atenção básica de seu Município de origem aos serviços de Camaquã. Porém as questões referentes à proximidade da

instituição, o bom atendimento e a facilidade de acesso em relação à Porto Alegre também configuram uma realidade nos motivos de busca desta população.

- encaminhamento do seu Município para o Hospital Geral;
- proximidade dos serviços de média complexidade;
- bom atendimento, ser o melhor da região e o fato de se conhecer a instituição;
- melhores recursos;
- possui o atendimento de que se necessita;
- ser mais fácil de acessar;
- ser mais fácil do que ir para Porto Alegre;
- falta de opção;
- por ter atendimento pelo Sistema Único de Saúde;
- por ser vontade do usuário de trocar de hospital;
- por ter passado mal durante a visita a um parente internado.

Fonte: ROESE, A; GERHARDT, TE; pesquisa direta, 2004.

QUADRO 9 – Motivos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade entre os usuários residentes em outros Municípios, Camaquã, 2004.

Segundo Cohn *et al.* (1991), as razões da utilização dos serviços de saúde, em seu estudo, foram a proximidade, a proximidade associada a outros fatores, ter direito, já conhecer o serviço, qualidade do serviço, encaminhamento e outros fatores.

No presente estudo, a proximidade do serviço de saúde de média complexidade foi referida por usuários da sede e do interior de Camaquã, bem como pelos de outros Municípios. A proximidade está associada ao acesso geográfico, sendo que, segundo Unglert (1995a, p. 37), “representa a distância a ser percorrida e as barreiras geográficas a serem transpostas”.

Ter direito ao serviço foi mencionado apenas por usuários da sede municipal e de outros Municípios, referindo-se ao Sistema Único de Saúde. Esta menção remete-se à Constituição da República Federativa do Brasil, homologada em 1988,

garantindo a todos os brasileiros o acesso a serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

O fato de se conhecer o serviço de saúde foi referido por usuários do interior de Camaquã e de outros Municípios, bem como a referência de bom atendimento mencionada por usuários da sede de Camaquã e de outros municípios. Essas duas referências dos usuários remetem às tecnologias leves: o acolhimento e o vínculo.

A procura do serviço de média complexidade, com encaminhamento médico, foi constante em Camaquã (sede e interior) e outros Municípios. Porém, observou-se que a grande maioria dos usuários procedentes de outros Municípios tinham encaminhamento, pois segundo eles não seriam atendidos sem a referência do serviço de atenção básica do Município de origem. Esta relação relembra o modelo assistencial da pirâmide, ou seja, o atendimento básico como “porta de entrada” para a rede de serviços públicos de saúde, não permitindo outras entradas (CECÍLIO, 1997).

Houve referência por parte dos usuários de Camaquã (sede e interior) de que esse era o único serviço de média complexidade do município. Já os usuários de outros Municípios referiram a escolha por falta de opção. Isso remete à regionalização e traz à tona uma importante estratégia de organização dos níveis de atenção mais complexos, ou seja, o consórcio de saúde. Conforme Mendes (1999), este consórcio garante, microrregionalmente, o acesso a níveis mais complexos de atenção à saúde. Esta estratégia é uma opção no sentido de minimizar a utilização da “ambulâncioterapia”, desafogando os serviços de saúde de maior complexidade das capitais e de grandes centros regionais. Rollo e Oliveira (1997, p. 333) complementam referindo que os consórcios “são opções concretas que têm possibilitado o aumento da capacidade resolutiva de sistemas loco-regionais”.

Acredita-se que uma das dificuldades em implementar essa estratégia seja a falta de um papel mais efetivo por parte da coordenadoria regional de saúde.

Houve menção de usuários da sede de Camaquã e de outros Municípios de que a atenção de média complexidade de Camaquã possui melhores condições e, por parte dos usuários do Interior, de que possui melhores recursos e ser o melhor da região. Estas referências demonstram que o Hospital e o Pronto-Socorro de Camaquã atendem à demanda do município e de outros circunvizinhos, em especial, revelando ser, realmente, um pólo de serviços, pois segundo os usuários é o que oferece as melhores condições e recursos na região.

Stein (1998) relata que tem havido um aumento, nos últimos anos, de procura por emergências de hospitais em cidades-pólos de serviços de saúde. Esta afirmativa pode ser verificada no cotidiano dos serviços de média complexidade de Camaquã.

Os usuários de Camaquã (interior e sede) e de outros Municípios mencionam a maior facilidade de acessar o serviço hospitalar em Camaquã do que em Porto Alegre. Observa-se que muitos usuários mencionam que os serviços de saúde da Capital são melhores que os do Interior, pois já faz parte de uma “cultura local”, tanto dos profissionais quanto dos usuários, a solicitação ou o encaminhamento a serviços de saúde da capital, mesmo talvez existindo regionalmente serviços capazes de absorver esta demanda. Este é um obstáculo a ser superado na regionalização dos serviços de saúde. Cohn *et al.* (1991) ressaltam que o consumo de serviços de saúde está relacionado aos que o usuário considera melhor equipados para a realização de um bom diagnóstico de sua doença.

Nestas questões surge um aspecto interessante referente à regionalização, pois a cidade de referência para Camaquã é Porto Alegre, porém existem pólos

locais e regionais que poderiam atender à demanda, da maioria dos casos, da área em estudo e da região, sem que haja a necessidade de deslocamento até a Capital de Estado. Isso desafogaria os serviços de Porto Alegre e poderia melhorar e agilizar o atendimento dos casos que devem ser resolvidos nesta instância.

Outra referência dos usuários foi quanto à resolutividade dos problemas de saúde e à possibilidade de se ter o atendimento de que se necessita, levantada por usuários da sede e de outros Municípios. Segundo Rollo e Oliveira (1997, p. 332-333),

o hospital deve ter a capacidade de dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus usuários com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exige, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos, e promovendo a recuperação e a cura.

Neste sentido, acredita-se que o hospital de Camaquã possa estar respondendo às expectativas de seus usuários que foram ou não atendidos em outros serviços. Alguns usuários da sede de Camaquã mencionaram que o Pronto-Socorro era o serviço de saúde procurado quando necessitavam. Esta situação remete novamente ao modelo da pirâmide que, segundo Cecílio (1997, p. 475), a “porta de entrada” mais importante hoje são “os serviços de urgência e emergência”. Relata que os serviços não estão estruturados para oferecer um serviço de saúde adequado e o tratamento acaba sendo feito através da queixa-conduta. Entretanto refere que não se deve criticar a população visto que a ausência de acesso a outros serviços acaba provocando esse tipo de situação.

Usuários da sede também referiram a procura pelo Pronto-Socorro no final de semana, ou seja, serviço de referência fora do horário das unidades básicas de saúde.

Stein (1998, f. 134) acredita que se deva manter as unidades de saúde “com um horário que responda às demandas da população”, proporcionando mais opções para os usuários.

Houve casos isolados de usuários de outros municípios, em que a pessoa queria trocar o hospital de um Município vizinho pelo de Camaquã e, outro em que o usuário estava visitando um parente no hospital, passou mal durante a visita e precisou receber atendimento no Pronto-Socorro Geral. O desejo da troca pode estar mascarando o melhor atendimento e melhores recursos disponíveis em Camaquã em relação ao hospital em questão.

Travassos *et al.* (2000, p. 134) destacam que as necessidades individuais também podem gerar demanda. Relatam existir uma desigualdade do uso dos serviços de saúde,

na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros.

Neste sentido, Gerhardt (2000) refere que às dificuldades de acesso econômico e geográfico somam-se elementos culturais que não se resumem apenas às condutas individuais e/ou coletivas dos usuários, quando estão doentes, mas também à dificuldade de comunicação entre o usuário e o profissional da Área da Saúde, por exemplo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre o acesso e os fluxos de utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS, foi desenvolvido com o intuito de caracterizar a rede (de serviços de saúde) existente no Município e ilustrar a utilização da mesma, por meio da identificação dos fluxos de utilização, do acesso dos usuários aos serviços de saúde estudados, e o motivo que os levam ao uso desses serviços, no referido Município.

A participação no Programa Interdisciplinar intitulado “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do Sul do Brasil” (PROINTER) possibilitou a construção do problema de pesquisa, da trajetória teórica da temática e o desenvolvimento do presente estudo.

As análises do perfil socioeconômico e demográfico dos usuários entrevistados apontam algumas importantes considerações. Observa-se que, em sua maioria, estavam em idade economicamente ativa, mas eram inativos, com baixo grau de escolaridade e residentes no município de Camaquã. Isso se deve ao fato de a população estudada se encontrar em situação de internação clínica no Hospital Geral, pois os aposentados e pensionistas, geralmente são pessoas idosas acometidas de moléstias que exigem tal internação ou pessoas mais jovens que recebem essa garantia por invalidez. Isso os torna fortes candidatos a usuários de serviços de saúde com um maior grau de complexidade, devido a problemas crônicos e degenerativos. Esses usuários teriam, supostamente, mais condições de ultrapassar barreiras geográficas e funcionais, pois suas trajetórias seriam mais

reduzidas, devido à complexidade de seus problemas de saúde que exigem internação, promovendo, desta forma, uma diminuição nos fluxos de utilização dos serviços de saúde. Os inativos também podem enfrentar dificuldades em acessar serviços de atenção básica, devido a seus problemas de saúde, optando por acessar os de maior complexidade, quando necessitam, o que os distancia de possíveis cuidados preventivos e de promoção da saúde. Essa última situação acaba fazendo com que o acompanhamento contínuo desse tipo de patologia não aconteça e acabe reforçando a utilização de serviços de maior complexidade.

Neste estudo não se considerou a demanda reprimida; acredita-se que essa parcela da população seja constituída de pessoas em idade economicamente ativa e que estejam no mercado de trabalho, motivo que dificulta o acesso a serviços de saúde que funcionam em horário comercial. Pensa-se que essas pessoas estejam se dirigindo ao Pronto-Socorro do Hospital estudado, quando necessitam de atendimento de saúde. Mesmo a demanda reprimida não sendo o foco do estudo, acredita-se que, devido às suas respostas, alguns entrevistados, em ambos os serviços, podem fazer parte desse conjunto de usuários. Esta demanda acaba promovendo uma maior intensidade no fluxo de atendimento do Pronto-Socorro e ficando sem o acompanhamento subsequente.

A análise das trajetórias, acesso, fluxos e motivos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade, nesta pesquisa, demonstra algumas fragilidades do Sistema Público de Saúde em nosso País, representada no microespaço (o Município). Essa análise certamente é enriquecida quando se tem oportunidade de conhecer a trajetória terapêutica dos usuários e o fluxo de utilização desses serviços, em função de um problema de saúde atual e concreto.

Observou-se uma importante diferença quando o questionamento apontava para o que normalmente era feito pelo usuário e o que foi realizado em face do problema que ele apresentava no momento da internação ou busca do Pronto-Socorro. Supõe-se que existe uma significativa diferença entre o discurso e a prática, mesmo enfrentando um problema de saúde. A quase totalidade dos usuários referiu a procura pelo serviço de saúde como sendo o resolutivo de seu problema, mesmo esta procura acontecendo em diferentes momentos da doença, ou seja, como primeira ou última medida de cuidados. Esta situação parece perfeita, em seu discurso, porém, quando foram questionados, os usuários entrevistados, sobre as suas trajetórias terapêuticas percorridas pelo problema (fluxos de utilização dos serviços de saúde) que estavam enfrentando, a prática mostrou uma triste realidade do sistema de saúde. Os usuários percorreram vários serviços, em diferentes níveis, para obter a resolutividade; entretanto a pluralidade de serviços buscados parecia independe da complexidade do problema apresentado. Os usuários entraram no sistema de saúde da forma que conseguiram, pois o modelo da pirâmide ainda está arraigado nos serviços de saúde. Estas pessoas buscavam o arredondamento dessa pirâmide para obter a resolução de seu problema, independente da gravidade e complexidade.

Com este estudo, revelou-se que, de uma forma geral, os usuários entrevistados nos dois serviços de média complexidade investigados obtiveram acesso ao sistema de Saúde local. A hipótese inicial era de que os usuários do interior de Camaquã e os de outros Municípios possuíam menores condições de acesso do que os da sede de Camaquã. Porém, após a análise dos dados, pôde-se observar que os usuários utilizavam estratégias para conseguir o atendimento que

necessitavam, independente das barreiras geográficas, econômicas e funcionais que precisassem transpor.

Os usuários do interior do Município possuem, por exemplo, dificuldades com o transporte coletivo, motivo que dificulta a conquista da senha de atendimento na atenção básica de saúde. Mas, por outro lado, essas pessoas deslocam-se até o Pronto-Socorro e se não conseguem atendimento neste, buscam atendimento médico particular, fazendo, muitas vezes, dívidas, para conseguir uma internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde, sobrepondo as dificuldades de acesso funcional, econômico e geográfico.

Já os usuários de outros Municípios que conseguem internação em Camaquã enfrentam uma outra situação. Em primeiro lugar, quando o caso não envolve riscos, devem procurar atendimento na atenção básica de seu Município, havendo, então, o encaminhamento para internação no Hospital de Camaquã. Outra dificuldade enfrentada por esses usuários é o poder político de seu Município, o que pode lhes garantir o atendimento ou não em outro nível de atenção, ao menos pelo Sistema Público de Saúde, dependendo da sua posição partidária.

Os usuários de Camaquã (sede ou Interior) ou de outros Municípios conseguem, pelas dificuldades mencionadas neste trabalho, acessar os serviços de saúde, porém suas trajetórias demonstram que a resolutividade é uma tecnologia difícil de ser alcançada. Quando uma pessoa não está bem, o que ela deseja é o seu pronto restabelecimento, mas que seja real e não mascarado por uma prescrição médica. Os fluxos de utilização dos serviços de saúde deste estudo apontam que as pessoas percorrem vários serviços de saúde, por vezes o mesmo, para resolver seu problema.

A hipótese inicial era de que as pessoas não tinham acesso, mas, na realidade, acredita-se, que o problema seja mais complexo, pois não depende exclusivamente de ter acesso (de todos os tipos) ou não, a determinado serviço de saúde, envolvendo, entre outros, a resolutividade do problema. Essa falta de resolutividade perpassa várias questões, como a qualidade dos atendimentos, o tempo desses, a maneira com que os diagnósticos estão sendo realizados e a qualidade dos profissionais da Saúde, que, nesse sentido, pensa-se englobando todas as categorias, pois não cabe apenas ao médico a construção do diagnóstico; esse é desenvolvido, muitas vezes, a partir da percepção, da assistência e da capacitação de todos os profissionais que estão prestando atendimento aos usuários.

Por outro lado, observou-se, em todos os serviços que se conheceu, que a população está bastante acostumada a ter um pronto-atendimento e não uma atenção básica integral. Os usuários acessam a rede para consultar determinado especialista, não havendo, após, um acompanhamento mais aprofundado, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Acredita-se que não seja possível prestar uma assistência integralizada em apenas uma consulta no Pronto-Socorro. O profissional não dispõe do tempo necessário para conhecer a realidade do usuário, seu histórico de saúde e, principalmente, um fator importante, as suas escolhas. Isso demonstra que, em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, outros fatores interferem e ultrapassam as questões do acesso econômico, geográfico e funcional, dependendo, em grande parte, do acesso cultural. Por exemplo, as escolhas realizadas pelos usuários variam de acordo com o problema de saúde apresentado e conforme o momento de vida desse usuário, sendo que suas escolhas sofrem

influência de experiências individuais ou coletivas, de orientações da família, da religião, de estratégias utilizadas pela família ou comunidade, enfim, sofrem forte interferência do contexto socioeconômico e cultural no qual estão inseridos (GERHARDT, 2000).

Dessa forma, a partir da discussão dos resultados, pensa-se que é importante conhecer os motivos que facilitam e que dificultam o fluxo de utilização dos serviços de saúde. Os principais motivos apontados neste estudo que conduzem o usuário a buscar o atendimento nesses serviços, são: a proximidade (acesso geográfico) e a resolutividade (especialmente no Pronto-Socorro). Por outro lado, apontam que as dificuldades estão no acesso funcional (barreiras impostas, especialmente na atenção básica), no acesso socioeconômico, apesar de o atendimento ser prestado pelo SUS, pois existem desigualdades nesse acesso que fazem com que sejam criadas estratégias individuais, e também uma forte influência do clientelismo político. Logo, observa-se a importância de se conhecer as demandas que surgem, a partir das necessidades dos usuários, pois o acesso cultural está permeando todo o contexto do Sistema Público de Saúde.

Acredita-se na necessidade da construção de uma sólida atenção básica de saúde municipal, dentro de um modelo que veja o usuário como um todo, membro de uma família, de uma comunidade, com sua cultura, seus ideais e inserido num determinado contexto socioeconômico-ambiental, bem como da construção de uma verdadeira regionalização, onde essa atenção básica, solidificada em fortes pilares, possa encontrar assento em problemas de saúde considerados mais graves e minimizar o problema da falta de resolutividade, encontrado no presente estudo.

Neste sentido, o conceito de utilização dos serviços de saúde deve levar em conta não somente o resultado da “interação do comportamento do indivíduo que

procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190), mas também o comportamento individual, independente do sistema, ou seja, de acordo com suas necessidades e situações de vida que o levam a elaborar estratégias de enfrentamento de seus problemas cotidianos, sejam eles de saúde ou não (GERHARDT, 2000). Segundo Perini *et al.* (2001, p. 104), é um desafio associar o individual e o coletivo. Relatam que o processo saúde-doença deve ser visto de forma menos “reduzida”, numa realidade coletiva.

Assim, acesso e utilização dos serviços de saúde não refletem de forma mecânica as desigualdades sociais e seus impactos na saúde. Esta relação, como pôde se ver nos resultados deste estudo, não depende unicamente dos aspectos materiais (socioeconômicos, geográficos e funcionais). Ela é fortemente mediada pelos aspectos culturais que influenciam diretamente a procura de cuidados de saúde, transpondo as dificuldades impostas pelos aspectos materiais.

Pensa-se que este estudo possa servir como auxílio às políticas públicas locais e regionais, pois comprova que Camaquã é um pólo de serviços de saúde e, para tanto, necessita de apoio da Coordenadoria Regional de Saúde para poder assumir esta inevitável condição. O funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva é um aspecto urgente, bem como o desenvolvimento de uma rede de centros de saúde que comportem o atendimento especializado da região e que o mesmo seja resolutivo, diminuindo o fluxo de usuários que buscam atendimento em grandes centros urbanos.

Acredita-se que Camaquã poderia disponibilizar uma rede de serviços especializados para os Municípios circunvizinhos, visto que atualmente os serviços de saúde de atendimento básico são proporcionados apenas aos residentes do

Município. Isso poderia auxiliar as políticas públicas estaduais, reduzindo o fluxo de usuários para a Capital do Estado, atendendo-os em sua própria região.

Para que isso ocorra é necessário o engajamento político e de repasses financeiros da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e dos Municípios. Propõe-se, neste estudo, que essa atue efetivamente em prol dos Municípios de sua área de abrangência, perpassando as dificuldades e retomando seu papel, coordenando as decisões com autonomia política, para promover a regionalização numa perspectiva mais integralizadora, abandonando, aos poucos, o “modelo da pirâmide” que engessa os fluxos de utilização aos serviços de saúde. Para tanto, poderia utilizar-se de suas prerrogativas legais para promover a integração dos Municípios, por meio de estratégias, tais como o consórcio de saúde.

Pensa-se que com uma boa estruturação, planejamento e organização, a 2ª Coordenadoria Estadual de Saúde e seus Municípios adscritos poderão minimizar, diferentes problemas causados pela centralização da Capital, por exemplo, a “ambulâncioterapia” que se tornou uma “solução de empurra” entre os gestores municipais.

Por outro lado, observa-se que o conceito regionalização, utilizado pelas políticas de saúde, é estático, não levando em conta a diversidade nem a capacidade de atuação dos indivíduos dentro do espaço geográfico onde os mesmos se encontram. Desta forma, torna-se um conceito difícil de ser operacionalizado, tanto em nível micro (Município), quanto macro (região, área de estudo). Seria importante ter estudos sobre a construção social do espaço para poder elaborar uma regionalização que não seja meramente burocrática, político-administrativa, mas que leve em consideração a real dinâmica desse espaço e seus impactos na saúde, pois as relações que existem no e com esse espaço geográfico

difere de uma mera divisão político-administrativa. Isso pode ser visto na própria área de estudo do PROINTER, quando se observa que apenas usuários dos Municípios de Arambaré, Chuvisca, Cristal e São Lourenço procuraram atendimento em Camaquã.

Também se acredita que este estudo sirva de incentivo para a realização de outros que possam contribuir para o desenvolvimento das regiões do Estado do Rio Grande do Sul e dar seguimento às pesquisas referentes ao sistema de saúde, no âmbito do PROINTER. Pensa-se que um importante tema levantado seja o estudo do perfil da demanda pela ótica das necessidades de cada indivíduo, pois, como se pode observar, o acesso cultural permeou todo o discurso dos usuários entrevistados. Também tornou-se necessário caracterizar a rede de saúde existente na área que engloba os Municípios que buscam atendimento em Camaquã que, coincidentemente, são limítrofes a este, e conhecer as estratégias de busca de cuidados em saúde de seus residentes para melhor compreender os fluxos de utilização dos serviços de saúde inter-municípios e suas relações com as desigualdades sociais e de saúde. Por outro lado, a coleta de dados ocorreu, nesses serviços, devido à necessidade de se analisar os fluxos de utilização dos serviços de saúde dos usuários de outros Municípios circunvizinhos.

Aponta-se igualmente que, uma das limitações do presente estudo é o fato de que o mesmo foi realizado em serviços de média complexidade, motivo pelo qual o perfil dos usuários foi dos que buscam esse tipo de atendimento, sendo este um tema importante a ser desenvolvido. Além do mais, acredita-se que, quando a pessoa está internada, esse atendimento deveria ser o mais resolutivo. Esta afirmação remete à idéia de que entrevistando a pessoa nesse tipo de serviço de saúde, têm-se condições de se obter dados mais precisos sobre o problema que ela

enfrenta seja esta proveniente da sede ou interior de Camaquã, ou ainda de outros Municípios.

Ao finalizar este estudo, fica novamente evidente a necessidade urgente e o desafio de conseguir conciliar o individual e o coletivo para consolidar a proposta do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. A. O crescimento das periferias urbanas nos países de Terceiro Mundo: uma apresentação do tema. *In: BARRIOS, S. et al. A construção do espaço*. São Paulo: Nobel, 1986. p. 61-70.

ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 53-67, jul. 1993.

ADAMI, N. P. Os princípios da universalização e equidade no atendimento à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 99-102, set. 1990.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. *In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 143-156.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225 p.

BEM, J. S. **A problemática das emancipações**: o Rio Grande do Sul e a Metade Sul nos últimos anos. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa_9_bem.pdf>. Acesso em 17 dez. 2004.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, abr./jun. 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 26 ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000. 311 p.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei da Responsabilidade Sanitária: um novo caminho para o Brasil** (versão preliminar para consulta pública). Brasília, DF, jul. 2005. 21 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudos de Saúde Pública, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra/UNB. **Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da reforma agrária**. Brasília, DF, 2001. 179 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde**. Brasília, DF, 2003a. 81p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde: Informações (DATA SUS)**. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 17 jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde: Informações (DATA SUS)**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 25 nov. 2004.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-183.

CAMAQUÃ. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento interno**. Camaquã, 1998. 5 f.

CAMAQUÃ. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução 02/2002: Câmara Técnica**. Camaquã, 2002. 2 f.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Infra-Estrutura. **Mapa da cidade de Camaquã: zona urbana**. Camaquã, 2003a.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Infra-Estrutura. **Relatório de dados técnicos sobre o município**. Camaquã, 2003b. 1 f.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata da I Conferência Municipal de Saúde de Camaquã**. Camaquã, 2000. 4 f.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata da II Conferência Municipal de saúde de Camaquã**. Camaquã, 2003c. 2 f.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Programa Saúde da Família**. Camaquã, 2003d. 8 f.

CAMPOS, G. W. de S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. *In*: CAMPOS, G. W. de S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 53-60.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220 p.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, abr./jun. 2000.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info versão 6: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para Epidemiologia em microcomputadores**. Atlanta, Georgia, 1994.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. 164 p.

COSENZA, G. W. **Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde**. [resumo]. 2002. 2 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

COSTA, B. P. da. **A condição homossexual e a emergência de territorializações**. 2002. 267 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: a análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DANTAS, T. C. C. A gerência local como componente estratégico de políticas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 75-81, abr./out. 2000.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde**: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. 2002. 197 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DOLLFUS, O. **O espaço geográfico**. 3. ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 1978. 121 p.

DRACHLER, M. L. *et al.* Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470. 2003.

DUARTE, E. C. *et al.* **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo exploratório. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 132 p.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FERLA, A. A. *et al.* Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 52-71, dez. 2001.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 352-360, jun. 1998.

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE CAMAQUÃ. **Hospital Nossa Senhora Aparecida**. Camaquã, 2004. Disponível em: <<http://www.funbeca.com.br/index1.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2004.

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE CAMAQUÃ. **Projeto terapêutico do HSNA**: Serviço de Saúde Mental. Camaquã, 2003a. 5 f. Distribuição restrita ao Município.

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE CAMAQUÃ. **Relatório Anual para Conselho Municipal de Saúde 2002-2003**, Camaquã, 2003b. 31 f.

GEORGE, P. **Os métodos da geografia**. Rio de Janeiro: DIFEL, 1978. 119 p.

GERHARDT, T. E. **Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire – pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil**. 2000. 362 f. Tese (Docteur en Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle) – Université de Bordeaux 2. Bordeaux, 2000.

GERHARDT, T. E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 713-726, 2003.

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

GREMAUD, A. P.; VANCONCELLOS, M. A. S.; TONETO JÚNIOR, R. **Economia brasileira contemporânea**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 626 p.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408 p.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.

LOPES, Marta Julia Marques. **Les Soins: images et realites – le quotidien soignant au Brésil**. Tese (Doutorado) – Université de Paris VII Denis Diderot, Paris, 1993.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. v. 2, Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 176 p.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995a. p. 19-91.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. *In*: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995b. p. 93-158.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

MENDES, E. V. *et al.* Distritos sanitários: conceitos-chave. *In*: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 159-185.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In*: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. Saúde em Debate – série didática. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto, para a montagem do SUS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 42-47, jun. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 269 p.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.

MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. *In*: BARATA, R. B. (Org.). **Eqüidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. p. 189-204.

MORAES, A. O.; ANTON, F. J. **Mapa da irregularidade fundiária de Porto Alegre**. 2. ed. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2000. 126 p.

MÜLLER, A. M. C.; POSSA, L. B. A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul: uma experiência em construção na 4ª Região de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 21-29, dez. 2001.

NAZARENO, E. R. **Condições de vida e saúde infantil**: heterogeneidades urbanas e desigualdades sociais em Paranaguá, Brasil. 1999. 254 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NOVAKOSKI, L. E. R. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, A. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Sistemas de informação geográfica em saúde**: conceitos básicos. Brasília, DF, 2002. 124 p.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

PERINI, E. *et al.* O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da Epidemiologia e da Medicina Social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, fev 2001, p. 101-118.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul./set. 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Coordenação e Planejamento. **Atlas sócio-econômico Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 1998. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/default.asp>>. Acesso em: 19 nov. 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Decreto Estadual nº 39.582, de 10 de junho de 1999. Institui a Municipalização Solidária da Saúde, dispõe sobre o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências. *In*: RIO GRANDE DO SUL. **Conselho Nacional de Saúde: SUS é Legal: legislação federal e estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000a, 151 p. p. 73-76.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Estatísticas de Saúde: mortalidade 2000 (SIM)**. Porto Alegre, 2001. 206 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS nº 11/99. Define a forma de Aplicação dos Recursos Financeiros repassados pelo fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, destinados à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios através da Municipalização Solidária da Saúde. *In*: RIO GRANDE DO SUL. **Conselho Nacional de Saúde: SUS é Legal: legislação federal e estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000b, 151 p. p. 80-81.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Saúde assegura repasses de quase R\$ 1 milhão para hospitais de Camaquã e Taquara.** [Porto Alegre], 2003. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/noticia_view.php?id_noticia=318>. Acesso em: 17 jan. 2004.

ROESE, A.; LIMA, J. C. G.; GERHARDT, T. E. **Diagnóstico de oito municípios da “Metade Sul” do RS e o impacto no acesso aos serviços de saúde dos usuários do meio rural.** Porto Alegre: UFRGS/EENF, 2003. 10 f. Relatório técnico-científico enviado à FAPERGS.

ROLLO, A. A.; OLIVEIRA, R. C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 321-352.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

SILVA, N. N. *et al.* Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidência de análise estratificada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 44-49, fev. 2000.

SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural de enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livro, 1996. 120 p.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998. 143 p.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. *In*: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). **Gestão de sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 15-58.

STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência.** 1998. 214 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

TANAKA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 1-11, fev. 1990. Disponível em: <http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101990000100010&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 26 nov. 2004.

TONI, J.; KLARMANN, H. **Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, [2---?]. 19 p. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa_3_toni_klarman.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2005.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149. 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452. 1990.

UNGLERT, C. V. S. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. *In*: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. (Org.). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1995a. p. 35-43.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. *In*: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995b. p. 221-235.

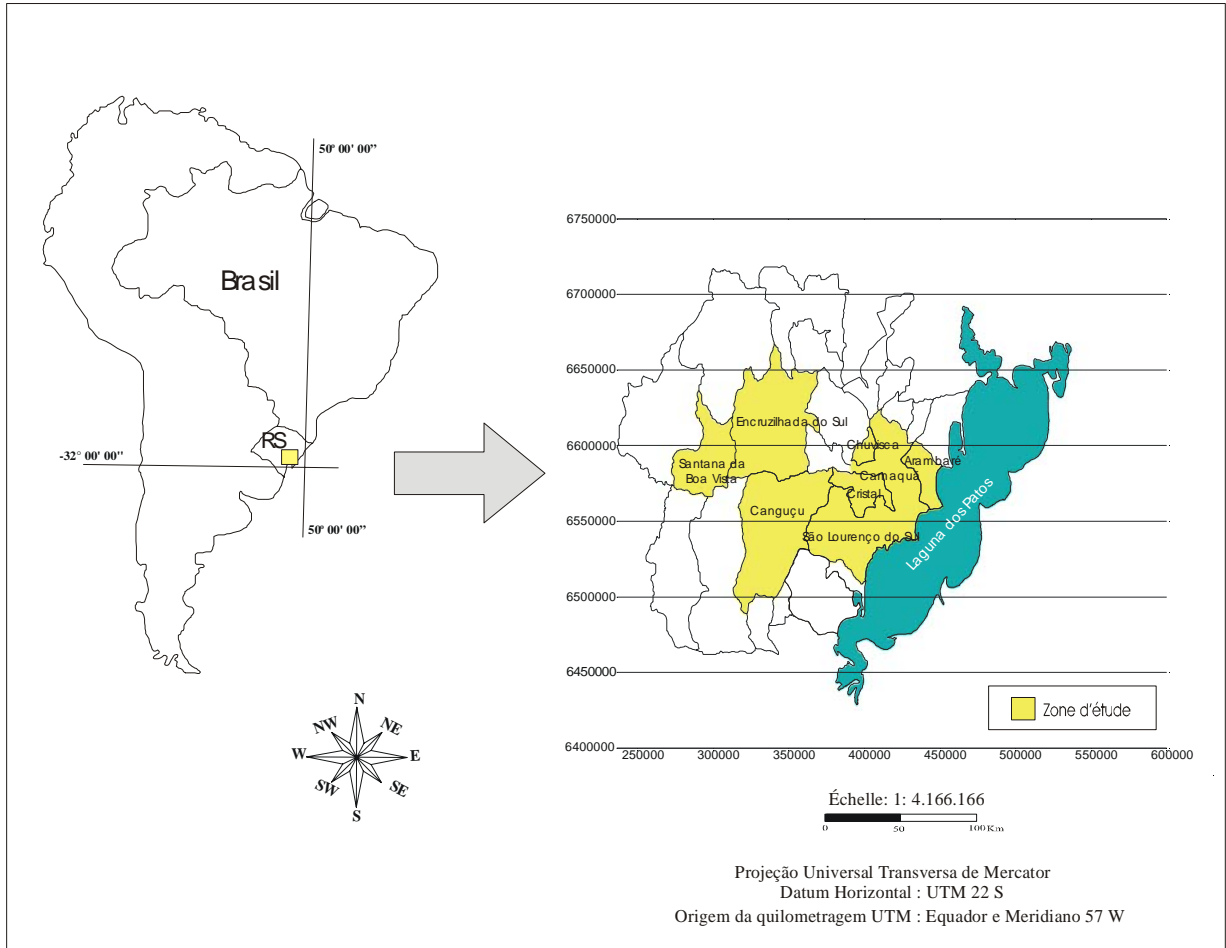
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”**. Porto Alegre, 2000. 25 f. Acordo CAPES-COFECUB nº 330/2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Relatório Técnico Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2003. 198 f. Financiamento FAPERGS, processo nº 00/7970.

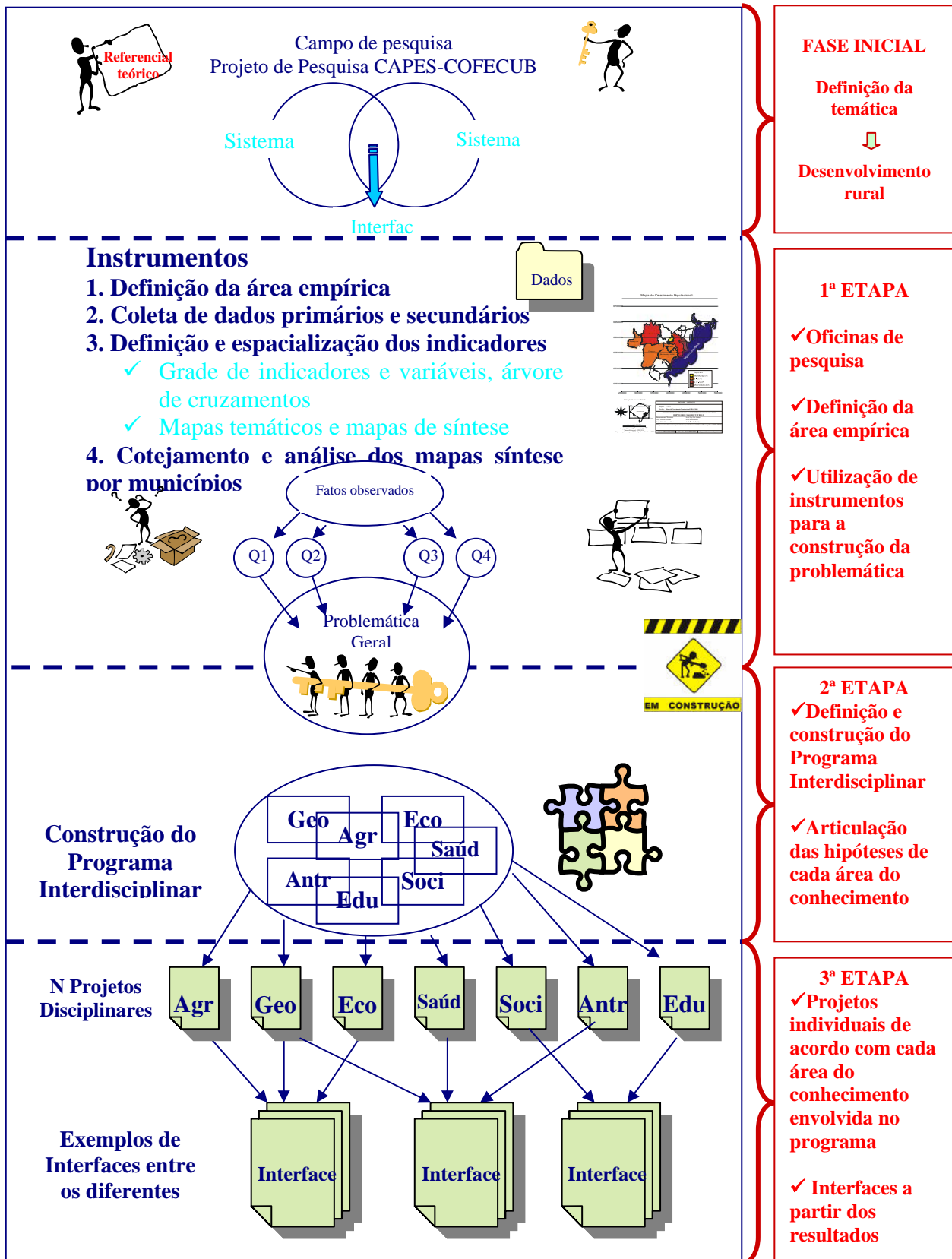
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Análise das heterogeneidades espaciais e sociais da área de estudo do PROINTER.** Porto Alegre, 2004. 38 f.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

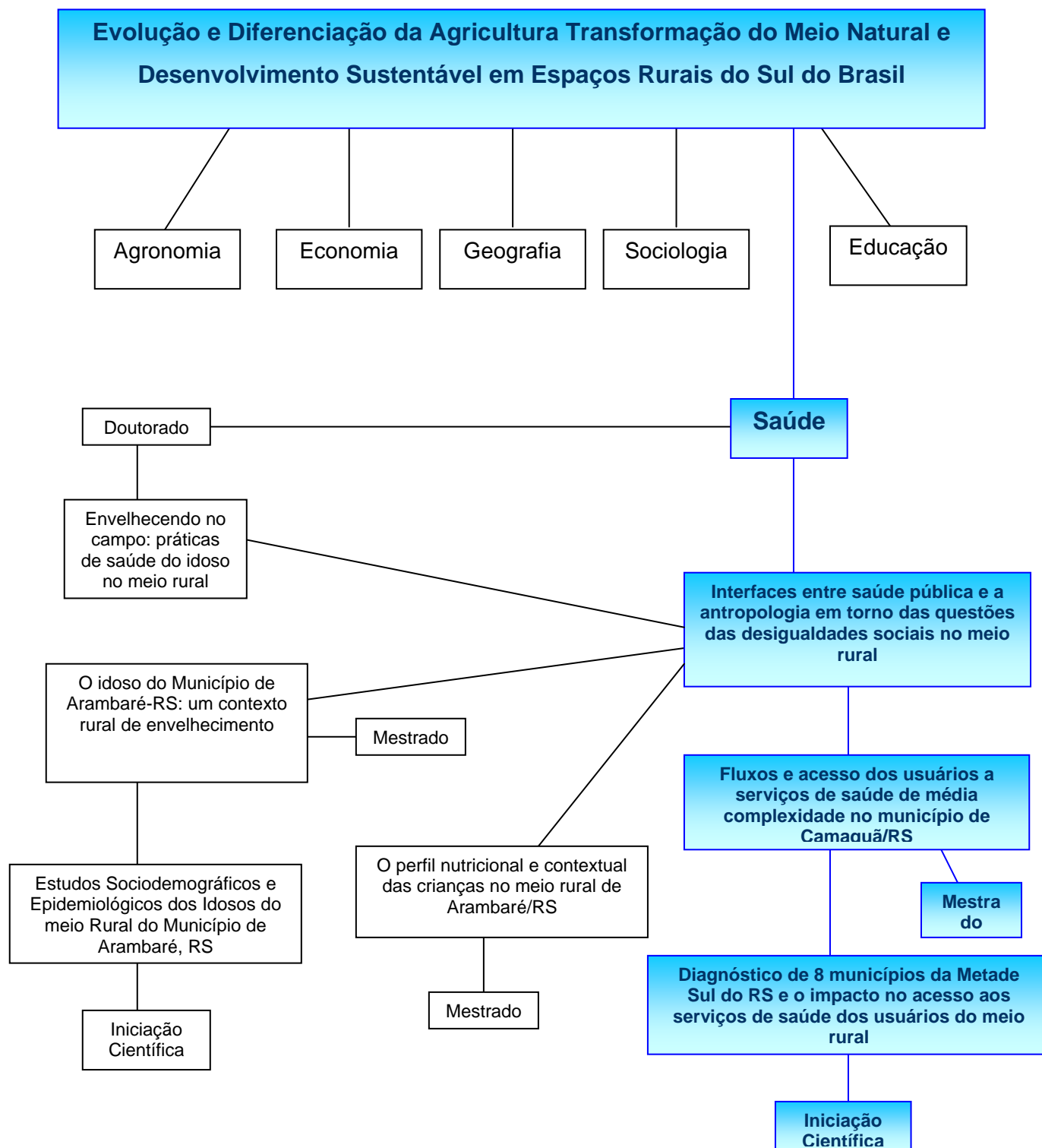
APÊNDICE A – Localização da área de estudo do PROINTER



APÊNDICE B – Programa de Pesquisa Interdisciplinar – PROINTER



APÊNDICE C – Organograma do Programa Interdisciplinar de Pesquisa – PROINTER, com identificação dos projetos da área da saúde



Fonte: ROESE, A.; LIMA, J. C. G. ; GERHARDT, T. E., 2003.

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM
 MESTRANDA ADRIANA ROESE
 ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT

FLUXOS E ACESSO DOS USUÁRIOS A SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMAQUÃ

Entrevista: _____
 Data preenchimento: ___ / ___ / ___
 Serviço: _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	Tabulação
I – Informações Gerais	
1) Iniciais do nome: _____	
2) Respondente: _____	
3) Responsável da família: _____	
4) Data de nascimento: ____ / ____ / _____	Idade ____
5) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	Sexo ____
6) Local de nascimento: _____	
7) Escolaridade (anos de estudo): (1) Nenhum - _____ (2) Ensino Fundamental Incompleto (= 1ª a 4ª série = antigo primário) - ____ (3) Ensino Fundamental Completo (= 5ª a 8ª série = antigo ginásio) - _____ (4) Ensino Médio Incompleto (= 2º grau incompl. = clássico, científico) - ____ (5) Ensino Médio Completo (= 2º grau compl.) - _____ (6) Superior Incompleto - _____ (7) Superior Completo - _____	Anoest ____

8) Ocupação: _____	Ocup ____
9) Tem carteira assinada? (1) sim (2) não (8) NSA	Car _____
10) Procedência: Distância Camaquã: (1) sim (2) não. Se sim: (1) sede (2) interior - _____ Se for na sede, qual bairro? _____ Outro Município: (1) sim (2) não. Se sim, qual? _____ Tempo de moradia/residência neste local (município): _____	Mun ____ Sim ____ Outr ____ Tem ____
11) Qual foi o motivo pelo qual o(a) sr(a) escolheu este serviço de saúde? Se houve possibilidade de escolha (proximidade, facilidades, estrada asfaltada). Justifique. _____ _____	
12) Procurou algum serviço antes deste? Por quê? _____ _____	
13) Quem tomou a decisão da procura por este serviço? _____	
14) O(a) sr(a) recebeu algum tipo de encaminhamento? Qual? _____	
15) Qual foi a trajetória (alternativas terapêuticas, serviços,...) percorrida até chegar aqui neste serviço? _____ _____	
16) Quantas vezes o(a) sr(a) procurou algum serviço de saúde por este problema, nos últimos 12 meses? _____	Proc ____
17) E este serviço, quantas vezes já foi procurado pelo(a) sr(a), nos últimos 12 meses? _____	Pes _____
18) Quanto tempo o(a) sr(a) levou para se deslocar de sua casa até aqui? _____	
19) Qual foi o meio de locomoção utilizado?	

II – Trajetórias Terapêuticas

20) O que, geralmente, o sr(a) costuma fazer quando fica doente?

Que faz geralmente, no caso de	Automedicação	Cuidados Tradicionais	Serviços de saúde
Problemas costumeiros?			
Problemas considerados graves?			

Registrar: 1 = 1ª medida / 2 = 2ª medida / 3 = 3ª medida

Quais problemas de saúde o(a) sr(a) considera “costumeiro” ou sem gravidade?

Quais problemas de saúde o(a) sr(a) considera como “graves”?

Automedicação = envolve todos os recursos e cuidados ao doente por uma pessoa da família, com o uso de ervas e remédios caseiros, inclusive a utilização de medicamentos por conta própria;

Cuidados tradicionais = recurso a um prático, curandeiro, benzedeiro, balconista de farmácia, massagista, entre outros, consultado fora da família;

Serviços de saúde = todos os cuidados prestados ao doente por uma pessoa “qualificada”, médico, enfermeiro, pessoal de enfermagem, dentista, entre outros dentro de serviços formais de saúde.

Fonte da questão: NOVAKOSKI, 1999.

Cost _____
Grav _____

21) Quando procura por serviços de saúde, normalmente dirige-se a qual?

- (1) Programa de Saúde da Família. Onde? _____
- (2) Posto de Saúde. Onde? _____
- (3) Pronto-Atendimento. Onde? _____
- (4) Pronto-Socorro/Emergência. Onde? _____
- (5) Hospital. Onde? _____
- (6) Consultório Particular. Onde? _____
- (7) Outros: _____. Onde? _____

Sersa _____

22) O que o(a) sr(a) faz quando procura um serviço de saúde e seu problema não é resolvido?

- (1) retorna ao mesmo serviço
- (2) procura outro serviço. Qual e onde? _____
- (3) procura outras alternativas de tratamento. Quais e onde? _____

Pnre _____

23) Quem é o pagador do atendimento médico, atualmente, quando é necessário utilização de serviços de saúde?

- (1) SUS
- (2) Plano ou convênio de saúde. Qual plano? _____
- (3) Particular
- (4) Outros: _____

Pag _____

Qpl _____

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista para caracterização da rede de saúde do município de Camaquã

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMAQUÃ

- 1) Informante.
- 2) Serviço.
- 3) Localização.
- 4) Estrutura (área física, distribuição das salas).
- 5) Horário e dias de funcionamento.
- 6) Tipos de atendimento prestado (consultas, grupos, dispensação medicamentosa, procedimentos). Especialidades. Dinâmica de atendimento.
- 7) Recursos humanos (cargos, número).
- 8) Número de atendimentos diários, total e para outras cidades.
- 9) Origem: federal, estadual, municipal (INAMPS??).
- 10) Ano de criação. Breve histórico.
- 11) Possui população adscrita? Se sim, quantas pessoas ou famílias? Atende demanda espontânea ou encaminhada?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM SECRETÁRIO DA SAÚDE

- 1) Conferência Municipal de Saúde.
- 2) Consórcio Municipal de Saúde.
- 3) Distritos sanitários.
- 4) Quais são e onde se localizam os serviços de saúde do município?
- 5) Informações referentes aos consultórios privados (número, especialidades), consultórios dentários.
- 6) Conselho Municipal de Saúde.
- 7) Pedir informações sobre os centros ou postos de saúde, PSFs, PACS, Unidade Móvel, Vigilância Sanitária, ...

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido

Camaquã, ____ de _____ de 2004.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado(a) pela Mestranda Adriana Roese, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt. O estudo desenvolvido é intitulado “Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde em Camaquã”, cujo objetivo é caracterizar a rede de serviços de saúde existente no município de Camaquã e a utilização da mesma, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso dos usuários aos serviços de saúde estudados, e o motivo que os levam ao uso destes serviços, no referido município.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com usuários internados no hospital geral e os que procuraram o pronto-socorro, respondendo a uma entrevista. A entrevista será gravada em fita cassete e registrada posteriormente por escrito.

Fui informado(a) também que, mesmo após o início da entrevista, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como a garantia de que estas, serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Considerando-me esclarecido em relação a proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

Assinatura da pesquisadora
Mestranda Adriana Roese

Assinatura do participante ou
representante legal

APÊNDICE G – Caracterização da rede de saúde do município de Camaquã

1 SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

O município de Camaquã dispõe de três centros de saúde, uma unidade de saúde com Programa de Saúde da Família, três unidades de saúde de pequeno porte, além de outros serviços.

1.1 Secretaria Municipal de Saúde

No prédio da Secretaria Municipal da Saúde, além do setor administrativo, funcionam serviços assistenciais, como o Centro de Saúde – Unidade Ambulatorial 03, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e uma sala da Assistência Social. Em anexo, há um escritório da Previdência Social e num prédio localizado à frente está a Vigilância Sanitária.

1.1.1 Centro de Saúde – Unidade Ambulatorial 03

O prédio da Secretaria possui, aproximadamente, 900m², sua planta é do ano de 1977 e a origem é federal, passando, posteriormente, pelo processo de municipalização. A Unidade Ambulatorial 03 conta com o atendimento de traumatologista, ginecologista, pediatra, neurologista, dermatologista, clínico geral, enfermeira, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social e auxiliar administrativo. Acredita-se que haja aproximadamente 120 atendimentos diários. O serviço recebe a demanda espontânea de todo o Município, mas algumas consultas são agendadas previamente. A Unidade Ambulatorial 03 possui o exame de ecografia, sendo responsável pelo procedimento em toda rede pública municipal. As unidades ambulatoriais 1, 2 (que se localizam fora da Secretaria Municipal de Saúde) e a 3 atenderam a 9408 consultas, no mês de dezembro/2003, sendo de clínico geral, odontólogo, otorrino, nefrologista, urologista, pediatra, traumatologista, neurologista, oftalmologista, dermatologista, ginecologista, pré-natal, cardiologista.

1.1.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde do município de Camaquã conta com 29 agentes, uma enfermeira supervisora e dois auxiliares administrativos. Este Programa dispõe de uma pequena sala no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Camaquã possui esse Programa, desde fevereiro de 1997. Existem 15 agentes que atuam na área urbana do Município e 14 na área rural, realizando visitas domiciliares, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, e fortalecendo o vínculo usuário-serviço de saúde. No ano de 2003, havia 8307 pessoas cadastradas na área rural e foram realizadas 11256 visitas para esta parcela da população. Já na área urbana, são 10780 pessoas cadastradas e foram realizadas 15811 visitas pelos agentes comunitários de saúde. Atualmente a enfermeira está cadastrando algumas áreas da sede do Município para o estudo da possibilidade de implantação de novos Programas de Saúde da Família, além dos que já estão em projeto.

1.1.3 Vigilância Sanitária

O local destinado à Vigilância Sanitária encontra-se em frente ao prédio da Secretaria Municipal de Saúde, com 60m². Os funcionários da Vigilância fazem o Serviço de Investigação Municipal, realizam a fiscalização dos estabelecimentos comerciais que vendem alimentos e de estabelecimentos de saúde (88 consultórios dentários e médicos e 4 asilos) e o controle de vetores e zoonoses e da água, além da averiguação de denúncias. O trabalho de Vigilância Sanitária é realizado por veterinárias, biólogo, fiscais sanitários, secretária e motorista. A Vigilância Sanitária foi criada em julho de 1998 devido ao processo de municipalização da saúde no município de Camaquã. Anterior a isso, o controle era realizado por um fiscal do Estado que ficava no posto de saúde.

1.2 Centro de saúde – Centro Social Urbano – Unidade Ambulatorial 01

O Centro Social Urbano é um centro de saúde localizado na Vila Viegas, na sede do Município. Dispõe de aproximadamente 550 m² de área. A unidade está colocada em uma grande área cercada, onde também existe um serviço separado para o atendimento de tuberculosos e hansenianos. Esse serviço é referência na região e existe um convênio com Municípios vizinhos para o atendimento desses usuários. Dispõe de clínico geral, cirurgião, ginecologista, neurologista, cardiologista, pediatra e dentista que atendem em horários diversos, pois também trabalham em outros serviços de saúde, públicos ou particulares. Esta unidade também conta com enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliar odontológico, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais. São realizadas cerca de 120 consultas diárias, totalizando aproximadamente 200 atendimentos diários. A população atendida pertence ao município de

Camaquã e busca a unidade espontaneamente ou por encaminhamentos. A informante não soube precisar o ano de criação do posto e nem seu histórico, porém relatou que é bastante antigo e que era de responsabilidade do Estado, antes de 1998, ano em que passou para o Município no processo de municipalização.

1.3 Centro de saúde – Unidade Ambulatorial 02

Este centro de saúde está situado defronte ao Hospital Nossa Senhora Aparecida, na área central de Camaquã. Possui cerca de 350m². A população dispõe de atendimento de ginecologista, clínico geral, pediatra, nefrologista, urologista, otorrinolaringologista, ortopedista/traumatologista, odontólogo, enfermeira, técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais e funcionários administrativos. Existe uma média de, aproximadamente, 100 atendimentos diários. O grande número de médicos pode mascarar uma realidade do Município, a maioria destes trabalha em todos os serviços de saúde da rede pública. Algumas consultas especializadas são oferecidas apenas uma ou duas vezes na semana, o que amplia a demanda. Segundo uma das informantes, a unidade é da década de 40, porém não se soube precisar essa informação, nem na secretaria de saúde do Município. Era um serviço do Estado e no ano de 1998 passou para o Município. Atende à população de Camaquã, em especial de quatro bairros que o circundam. Porém se acredita que usuários de outros Municípios consigam comprovar residência em Camaquã e acabam acessando este serviço.

1.4 Unidade de saúde com Programa de Saúde da Família Carvalho Bastos – Unidade Ambulatorial 04

O primeiro Programa de Saúde da Família de Camaquã localiza-se no bairro Carvalho Bastos, próximo ao Centro, na sede municipal. Possui aproximadamente 600m². A distribuição espacial é muito boa, fazendo com que a dinâmica de atendimento flua de maneira tranqüila e organizada. A equipe da unidade é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas recepcionistas, uma auxiliar de limpeza, seis agentes comunitários de saúde e uma odontóloga que não pertence à equipe, oficialmente. O Programa de Saúde da Família iniciou o trabalho de cadastramento das famílias em novembro/2003 e iniciou o atendimento à população no início de 2004. Houve, aproximadamente 430 consultas médicas no mês de janeiro/2004 e são realizados cerca de 60 a 70 atendimentos diários na unidade. A população é adscrita ao programa, sendo 4500 pessoas que recebem um atendimento. A área de abrangência é subdividida em seis microáreas. Está em estudo a implantação de três novas equipes em Camaquã. A abrangência das quatro equipes será de 23% da população total do Município (CAMAQUÃ, 2003d).

1.5 Unidade de saúde da Vila São Carlos

A Vila São Carlos é um pequeno bairro do município de Camaquã; dista aproximadamente 12km do Centro. A pequena unidade de saúde situa-se atrás de um posto de gasolina. Existe uma pequena subprefeitura que possui, além da unidade de saúde, uma central telefônica e uma agência dos Correios. Esta unidade foi criada em 1999, já municipalizada. A população é atendida por dois clínicos gerais (2 turnos por semana); um pediatra (uma vez ao mês) e um odontólogo (2 turnos por semana). A unidade também conta com uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais. São realizados, aproximadamente, 30 procedimentos de enfermagem por mês e 140 consultas médicas por mês. A unidade poderia atender à população de Camaquã, mas pela distância acaba atendendo apenas a da Vila São Carlos.

1.6 Unidade de saúde da Vila Getúlio Vargas

A unidade de saúde da Vila Getúlio Vargas dispõe de uma pequena sala dentro de uma creche do bairro, local onde são realizados todos os atendimentos. Existe um técnico de enfermagem que é o responsável pela unidade, além de três agentes comunitárias de saúde. A tentativa destes profissionais é a de realizar um atendimento semelhante ao do Programa de Saúde da Família. São atendidas 15 consultas diárias, com clínico geral, totalizando aproximadamente 250 por mês. O atendimento é realizado por dois clínicos gerais que se revezam; cada um, duas manhãs na semana. A população atingida por esse serviço de saúde é composta, basicamente pelos usuários do próprio bairro Getúlio Vargas, também, a de uma pequena vila de 50 pessoas do Distrito Banhado do Colégio. Mas todos os usuários de bairros vizinhos que acessam o serviço, recebem atendimento. Segundo o técnico de enfermagem entrevistado, ele e um dos médicos verificaram que existem 4500 pessoas que acessam este serviço de saúde. As referências trazidas à tona pelo profissional de saúde mostram a justificativa para a implantação de um PSF na vila. A Vila Getúlio Vargas é um dos bairros mais carentes de Camaquã, as pessoas têm muitos filhos, existem, segundo o técnico de enfermagem, muitos drogados e alcoolistas, há também uma grande população marginalizada.

1.7 Unidade de saúde Bom Sucesso

A Unidade de Saúde Bom Sucesso dispõe de uma sala no Centro Comunitário, destinada ao atendimento médico semanal. Às segundas-feiras à tarde um clínico geral realiza quinze atendimentos à população. Esta unidade foi criada na década de 90, a coordenadora no Centro Comunitário, pessoa entrevistada, não soube especificar o ano. O atendimento é prestado, preferencialmente para a população do bairro, mas recebem pessoas de outros bairros e até distritos. As crianças matriculadas na instituição também recebem o atendimento médico neste local.

2 OUTRAS INSTITUIÇÕES COM ATENDIMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

O município de Camaquã dispõe de um Núcleo Integrado de Saúde para usuários com sofrimento mental, o qual faz parte da sua atenção básica, bem como a unidade móvel. Também existe assistência de enfermagem e médica no asilo municipal; portanto optou-se por incluí-lo na rede de serviços de saúde desse Município.

2.1 Núcleo de Atendimento Integrado

O Núcleo de Atendimento Integrado (NAI) é o serviço de saúde mental que a Secretaria Municipal de Saúde de Camaquã oferece, há dois anos, aos seus habitantes. Dispõe de uma casa de 150 a 200m² no limite do bairro Centro com o Hípico. O NAI conta com atendimento em Psicologia, Assistência Social, Psiquiatria, Neurologia, de auxiliares administrativos, técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e os voluntários que colaboram com os psicólogos, nas oficinas. São realizados cerca de 18 atendimentos por turno/dia. Já existem 1050 pacientes cadastrados, de crianças a idosos, por diversas patologias. Este serviço de saúde atende à demanda espontânea e à encaminhada por outros serviços de saúde do Município, e recebe apenas a população de Camaquã, obedecendo a prioridades.

2.2 Unidade Móvel e Unidades de Saúde do Interior

A unidade móvel é uma estratégia utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para prestar atendimento nos distritos da zona rural do município de Camaquã. Existem unidades de saúde em Subprefeituras dos Distritos que são ativadas quando a unidade móvel se desloca aos mesmos. Estes locais são salas de aula em colégios ou outras organizações que cedem o espaço ao atendimento. Sua conservação fica ao encargo de pessoas do próprio local. Nos dados do DATASUS (BRASIL, 2003b), esses locais aparecem como unidades de saúde integrantes da rede de serviços de saúde do município. A unidade móvel desloca-se com um médico clínico geral e um técnico de enfermagem. Durante o ano, esta unidade percorre o Município, cada dia presta atendimento em um Distrito, ocorrendo todos os dias. Existe uma relação mensal das datas em que a unidade se desloca a cada um deles.

2.3 Asilo Municipal (Lar Comunitário Nilda Souza Azambuja)

O Asilo Municipal de Camaquã pertence à Secretaria de Ação Social e ocupa a área do antigo Hospital Camaquã. Este prédio pertence a uma empresa e é alugado pela Prefeitura do Município para abrigar o asilo municipal. Possui uma área total de 3,48 hectares e 1287m² de área construída. Este asilo existe há cerca de 20 anos e está neste local há quase 2 anos. Abriga, atualmente, 50 idosos, a maioria deles esquecidos pelas suas famílias. O asilo sobrevive com doações da sociedade e de clubes de serviços, além de 80% do salário-mínimo da maioria dos usuários. Recebem doação de alimentos e roupas; funcionários e voluntários auxiliam na horta do asilo. O asilo dispõe de 45 leitos no andar térreo e 30 no andar superior, onde ficam os usuários com maior mobilidade, que possam utilizar as escadas. A estrutura física é basicamente a mesma de um hospital, porém a mobília é diferenciada, grande parte advinda de doações de clubes de serviços. Todos os funcionários são cedidos pela Prefeitura, um administrativo, uma coordenadora, “serviçais” que atendem os idosos, somando-se 30 pessoas, mais três plantões de técnicos de enfermagem e um médico clínico geral que atende três vezes por semana. Os idosos são atendidos no próprio asilo, quando necessitam são encaminhados a outros serviços e, em casos de emergência, é chamada a ambulância e o usuário encaminhado ao Hospital Nossa Senhora Aparecida.

3 SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

A rede de serviços de saúde de Camaquã dispõe de um Hospital Geral com um Pronto-Socorro geral anexo. Segundo Brasil (2004, p.23), são considerados serviços de atenção de média complexidade: “centro de parto normal; clínica especializada/ambulatório de especialidade; unidade mista; policlínica; hospital-dia; pronto-socorro geral; hospital geral; unidade móvel de nível pré-hospitalar – urgência e emergência; unidade de apoio de diagnose e terapia”.

3.1 Hospital Nossa Senhora Aparecida

O Hospital Nossa Senhora Aparecida é o único do município de Camaquã. Presta atendimento à população de Camaquã e região, há mais de 59 anos. Foi reestruturado, em 1976, quando se tornou a Fundação Assistencial e Beneficente de Camaquã (FUNBECA), autorizada por lei municipal, com patrimônio próprio, autonomia administrativa e financeira. Está registrada no Conselho Nacional de Serviço Social, sendo reconhecida como entidade pública (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004). O hospital possui 5445,8 m² e 135 leitos distribuídos entre as internações clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2003b), referentes a dezembro/2002, a clínica possui 75 leitos; a cirúrgica, 15 leitos; a obstétrica, 21 leitos; a pediátrica, 23 leitos; e, os crônicos, 2 leitos; totalizando 136 leitos. Porém, no projeto do Programa Saúde da Família (CAMAQUÃ, 2003d), constam outros dados, sendo 71 para clínica, 30 para cirúrgica, 16 para pediatria e 18 para ginecologia e obstetrícia, totalizando 135 leitos (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2003b; FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004; CAMAQUÃ, 2003d). Estas diferenças existentes entre as fontes de informações, revelam um grave problema que atinge o sistema público de saúde brasileiro, atualmente: os sistemas de informação em saúde. As discrepâncias entre os registros demonstram as dificuldades de caracterização do microespaço ocupado pelo Município que pode estar servindo de pano de fundo para outro sério problema, a dificuldade de planejar e propor políticas públicas locais. Segundo Branco (1996, p.68), “os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região”. Logo, entende-se que o Município é o responsável local, a mesma autora refere que muitos têm dificuldades em definir suas próprias necessidades. O hospital possui 221 colaboradores, seu corpo clínico é constituído por 17 especialidades. A equipe de Enfermagem do hospital conta com 97 profissionais, sendo 9 enfermeiras, os demais auxiliares e técnicos de enfermagem. Outros profissionais fazem parte da equipe: nutricionistas, assistente social, bioquímico, farmacêutico, entre outros (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004). O hospital possui quartos particulares, privativos e semi-privativos, bem como duas enfermarias clínicas e duas cirúrgicas, vários quartos semi-privativos reservados para o SUS ou particulares/planos de saúde/convênios. Na nova ala, construída depois de 1997, estão as enfermarias obstétrica e pediátrica, bem como os quartos particulares dessas áreas. Conta com um centro cirúrgico com capacidade para realizar 14 cirurgias diárias. O Pronto-Socorro possui atendimento imediato nas 24 horas do dia, com médico plantonista, suporte conforme a especialidade em traumatologia, cirurgia e sobreaviso para internação clínica, cirúrgica e pediátrica (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004). O hospital também possui o Serviço de Nutrição e Dietética, o Serviço de Higiene Hospitalar, a lavanderia, o Serviço de Gerenciamento de Resíduos, o Serviço Social, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o Centro de Materiais Esterilizados, o Centro de Imagens e serviços parceiros, tais como a Nefroclínica, o laboratório de análises clínicas Fora de Hora, o serviço de eletrocardiograma e a clínica de fisioterapia FísioCamaquã, além do Banco de Sangue (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004). A Unidade de Terapia Intensiva está com infra-estrutura construída e muitos equipamentos adquiridos. Objetiva-se tornar este hospital referência na região Centro-Sul, diminuindo o fluxo de usuários para Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, 2003; FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004). Está em andamento, o Projeto Terapêutico do Hospital Nossa Senhora Aparecida – Atenção Integral à Saúde Mental, conhecido como Projeto Cuca Legal. Este projeto nasceu do elevado número de usuários com sofrimento psíquico que acessam o Pronto-Socorro e da portaria 224 – 29/01/1992, do Ministério da Saúde que prevê serviço de urgência psiquiátrica e leitos para internação em hospitais gerais (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2003a). O hospital recebe verbas de Camaquã e de apenas um Município vizinho, Sentinela do Sul, convênios e particular. No Conselho Municipal da Saúde houve o comentário de que o hospital está com um déficit de 30 a 35 mil reais. Ressalta-se que mesmo em dificuldades financeiras, o hospital se moderniza e conquista importantes prêmios da área (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUÃ, 2004).

**ANEXO A – Documento de aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade
de Economia/UFRGS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
COMISSÃO DE PESQUISA**

Porto Alegre, 15 de abril de 2003.

Parecer sobre o projeto de pesquisa “Evolução e diferenciação da agricultura , transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e planalto sul-riograndense / RS : uma abordagem interdisciplinar”.

Após a avaliação do referido projeto a Comissão de Pesquisa desta Faculdade concluiu pela sua relevância e qualidade acadêmicas, reconhecendo-o como uma das atividades componentes dos planos de trabalho dos professores componentes de sua equipe e recomenda que todos os esforços sejam realizados por esta Universidade para que o mesmo se viabilize e seja levado a bom termo.



Prof. Carlos G.A. Mielitz Netto
Coordenador da Comissão de Pesquisa

ANEXO B – Documento de encaminhamento do Secretário de Saúde aos serviços de saúde de Camaquã, RS



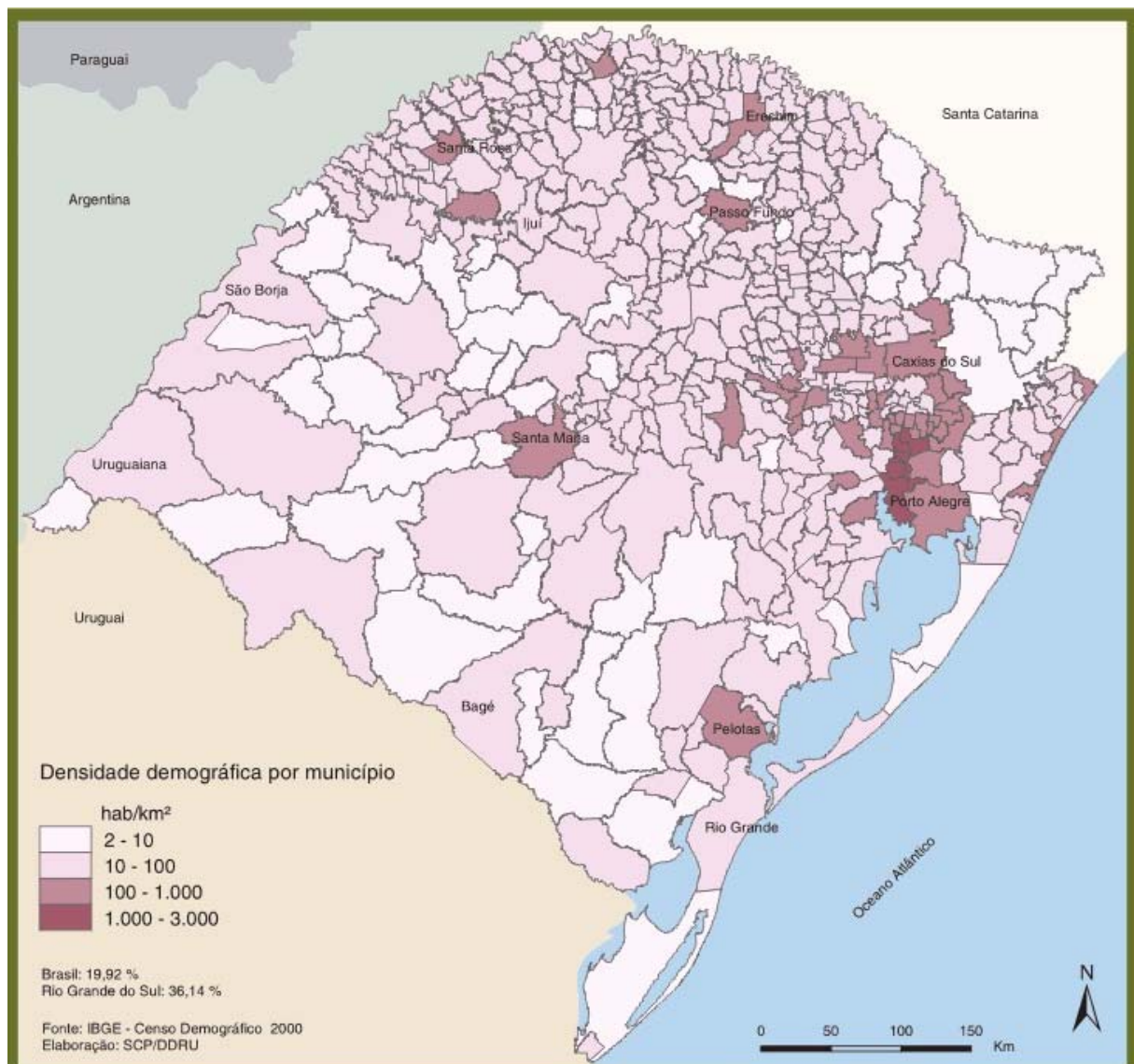
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAQUÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Email: sec-saude@terra.com.br



Apresento a enfermeira *ADRIANA RAESE*, a qual faz mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para que a mesma visite as Unidades desta Secretaria e seja repassado as informações que ela necessita para o andamento de seu projeto.


Dr. Paulo Cardoso Dora
Secretario Municipal da Saúde

ANEXO C – Densidade populacional dos municípios do Rio Grande do Sul.



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 1998.