

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Letícia Puntel

**ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO
GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS**

**Porto Alegre
2019**

Letícia Puntel

**ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO
GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS**

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

Orientador(a): Cristina Arthmar Mentz Albrecht

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Puntel, Leticia
ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS
CINCO GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS / Leticia Puntel. --
2019.
60 f.
Orientadora: Cristina Arthmar Mentz Albrecht.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Acesso aos cuidados de
saúde. 3. indicadores de acesso em saúde. 4. SUS. I.
Arthmar Mentz Albrecht, Cristina, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Letícia Puntel

**ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO
GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS**

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

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Cristina Arthmar Mentz Albrecht

AGRADECIMENTOS

Ao poder superior que me permitiu existir e me amparou em todos os momentos de minha trajetória. Por ter colocado em minha vida pessoas maravilhosas com quem divido esta caminhada.

Aos familiares, porque com os ensinamentos e exemplos recebidos e com sua compreensão consigo fazer escolhas corretas e me tornar um ser humano melhor.

Aos mestres, que neste contexto de desvalorização da Educação persistem, acima de tudo, resistindo e acreditando na capacidade de seus educandos e na potência transformadora de sua profissão. Obrigada pela paciência, dedicação, pelos inúmeros incentivos recebidos e pelo respeito que demonstraram ao entender o tempo de cada um. Vocês são os responsáveis por minha chegada até aqui, seu acolhimento nas agruras que vivi no período do curso foi fundamental para esta conclusão.

Gratidão!

RESUMO

A legislação brasileira vigente afirma que é assegurado o acesso universal à prevenção, promoção e recuperação a todo cidadão do Brasil, indiscriminadamente. No entanto, as realidades regionais brasileiras evidenciam divergências neste quesito que deveria ser equânime. Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo examinar o acesso ao Sistema Único de Saúde nas grandes regiões brasileiras, no período de 2005 ao ano de 2014. Para isso, foi realizada uma pesquisa de levantamento, utilizando o comparativo deste período de 10 anos, quando possível, ou os dados mais recentes disponibilizados. Como resultado, foi constatado divergências no acesso aos cuidados em saúde entre as 05 (cinco) grandes regiões do país: Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul, em que as duas primeiras, respectivamente, obtiveram os piores indicativos na maioria dos aspectos analisados. Assim, flutuações verificadas por meio dos indicadores utilizados demonstram diversas disparidades regionais, que não são desejáveis do ponto de vista de um sistema unificado em todo o território nacional.

Palavras-chave: Acesso aos cuidados de saúde, indicadores de acesso em saúde, Gestão em Saúde, SUS, regiões brasileiras.

Panorama of universal access to health in Brazil

ABSTRACT

The Brazilian legislation in force states that universal access to prevention, promotion and recovery is guaranteed to every citizen of Brazil, indiscriminately. Nevertheless, the Brazilian regional realities show divergences in this question that should be equanimous. Thus, this study aims to examine the access to the Unified Health System in the great Brazilian regions, from 2005 to 2014. To do so, a survey was carried out using the comparative of this period of 10 years, when the latest available data. As a result, there were differences in access to health care among the country's 05 (five) major regions: North, Northeast, Southeast, Center-West and South, where the first two, respectively, obtained the worst indicatives in most analyzed. Thus, fluctuations verified through the indicators used demonstrate several regional disparities, which are not desirable from the point of view of a unified system throughout the national territory.

Keywords: Access to health care, health access indicators, Health management, SUS, Brazilian regions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da cadeia de efeitos da cobertura universal de saúde, com foco nos resultados	18
Figura 2 – Do conceito de interesse programático aos indicadores sociais	28
Figura 3 – Taxa bruta de internação por artroplastia de quadril em idosos por região - 2000 à 2016	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 - Regiões brasileiras, dados básicos e unidades da federação.....	25
Tabela 3.2 – Algumas das principais publicações periódicas e portais de indicadores	29
Tabela 5.1 - Indicadores de acesso e fonte de pesquisa dos dados.....	32
Tabela 6.1 - Número de médicos por grupo de habitantes por regiões brasileiras, no período de 2005 a 2010	34
Tabela 6.2 - Percentual da população que consultou médico nos últimos 12 meses por regiões brasileiras no período de 1998 a 2013	34
Tabela 6.3 - Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que recebem visita de ACS ou membro da ESF, por região em 2013	35
Tabela 6.4 - Proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no ano de 2013	35
Tabela 6.5 - Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que nunca receberam visita de ACS ou membro da ESF, no ano de 2013 por região	36
Tabela 6.6 - Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe por regiões brasileiras, no período de 2005 a 2015	36
Tabela 6.7 - Equipamentos disponíveis ao SUS por tipo de equipamento e região - 2009	37
Tabela 6.8 - Número de partos hospitalares por Região – 2005 a 2011	38
Tabela 6.9 - Estabelecimentos de saúde, segundo as Grandes Regiões, nos anos de 2002, 2005 e 2009	38
Tabela 6.10 - Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram Papanicolau nos últimos 3 anos por região – 2003, 2008, 2013	38
Tabela 6.11 - Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos 2 anos por região – 2003, 2008, 2013	39
Tabela 6.12- Taxa bruta de cirurgias de catarata por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais no período entre 2005 e 2015 por região.....	40
Tabela 6.13 - Taxa de angioplastia por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais, por região – 2005 a 2015	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BR	Brasil
CF	Constituição Federal
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Km ²	Quilômetro quadrado
MS	Ministério da Saúde
MuniNet	Rede Brasileira de Informação Municipal
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROADESS	Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RIS	Rede Interagencial de Saúde
SAMS	Sistema de atenção médica supletiva
SDD	Sistema de desembolso direto
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Sistema único de Saúde	14
3.2 Acesso em Saúde	146
3.3 Princípio da Universalidade	21
3.4 Regiões Brasileiras	24
3.5 Indicadores de Acesso em Saúde	27
4 OBJETIVOS	30
4.1 Objetivo Geral	30
4.2 Objetivos Específicos	30
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
5.1 Caracterização da Pesquisa	31
5.1.1 População e Amostra	31
5.1.2 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados	32
5.1.3 Organização, Apresentação e Análise dos Dados Coletados	33
6 RESULTADO	34
7 DISCUSSÃO	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	56

1 INTRODUÇÃO

Constituição Federal (CF) de 1988, ao ser promulgada, reafirmou em seu texto os direitos dos cidadãos do Brasil, fruto de discussões e lutas populares. Em seu artigo 196, a CF (2016, p.118) versa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, de maneira a priorizar a diminuição do risco de adoecimento, sua evolução para quadros mais graves e suas consequências e o acesso indistinto a qualquer cidadão brasileiro aos atendimentos, programas, espaços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei 8080/90, além de regulamentar o sistema de saúde brasileiro, coloca como princípio primeiro a universalidade do acesso, que implica tanto no que se refere a oferta de serviços quanto à sua disposição territorial e além, preconiza o atendimento às demandas dos usuários, considerando para isso as características dos indivíduos.

Sem dúvida, inúmeros avanços foram feitos na busca em atender ao que está preconizado na legislação. Os autores Jesus e Assis (2010) salientam que a universalidade da saúde, que está legalmente garantida, é o resultado de reivindicações dos movimentos sociais, os quais ainda a incluem na pauta de demandas da população. E é neste movimento dos usuários em evidenciar e exigir os direitos de cidadania que se consegue vislumbrar respostas às vulnerabilidades existentes no cuidado em saúde.

Entretanto, em meio a um contexto de crise econômica e política, tem-se enfrentado situações ora de conquistas, ora de retrocessos e o cuidado em saúde acaba por ser restringido àqueles que estão mais vulneráveis e que são mais suscetíveis ao adoecimento, conforme destaca a Nota Técnica nº 28 do ano de 2016 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. (IPEA, 2016).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, mostra por meio de Comunicado nº 129 do ano de 2012, o modo como os serviços públicos estão distribuídos/ ofertados dentro do território nacional. Mostra, igualmente, a respeito da presença do Estado no Brasil e no quesito saúde que perduram desigualdades no acesso ao sistema de saúde pela população.

Para isso, utilizou como base de dados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o número de consultas e internações e de médicos e enfermeiros por habitante. O que se pode constatar é que o número de profissionais da área de

saúde, com instrução de nível superior (médicos e enfermeiros), é de 3,1 por mil habitantes na média nacional, sendo que a região Norte conta com somente 1,9 profissionais por mil habitantes. Além dessa informação, foram coletados outros dados que reforçam a percepção de que há acesso desigual aos serviços de saúde. (IPEA, 2012).

Imperativo é que se analise todos os aspectos que se constituam como entraves para o acesso universal previsto na Lei 8080/90. Sobre o que versa no artigo 2º desta Lei de que a saúde é dever do Estado e direito fundamental humano, impõe-se ao Estado o dever de construir políticas públicas que atuem na promoção, prevenção, recuperação da saúde e que permitam a universalidade no seu acesso. (BRASIL, 1990).

A diminuição dos investimentos em saúde com a aprovação da PEC 55 em 2016, acarretará em perdas superiores a 600 milhões de reais de acordo com o relatório IPEA (2016) sobre o novo modelo de financiamento da saúde e irá impor novos desafios à gestão em saúde, além daqueles que constituem a realidade atual e que serão recrudescidos.

Rosa (2016) aponta os três principais desafios enfrentados em função desta PEC: o primeiro está relacionado ao fato de os valores destinados à essa política não acompanharem, proporcionalmente, o aumento populacional. O segundo com o envelhecimento dessa população, visto que os custos do cuidado em saúde se ampliam com a progressão da idade. E o terceiro, diz respeito à defasagem gerada pela utilização do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA) para a variação da inflação de despesas da saúde.

O não acesso a procedimentos, programas e serviços de saúde está diretamente relacionado aos processos de adoecimento, agravamento de doenças e à incapacidade de prevenir e promover o cuidado em saúde; conforme Goulart e Almeida (2017) serviços de saúde sobrecarregados e subfinanciados, os quais apresentam um conjunto de dificuldades e carências estruturais, de organização e de gestão, que comprometem fortemente seu funcionamento e precarizam ações e resultados.

Cotidianamente, é noticiado nos veículos de comunicação, é vivenciado pelos profissionais da área situações graves, complexas e, às vezes, irreversíveis que poderiam ter um resultado diferente do obtido se o cuidado em saúde fosse acessível, interligado e continuado.

De acordo com Lima et al. (2015) a superação destes problemas de acesso só pode acontecer com a compreensão de seus causadores e de seus impactos na vida das pessoas. Logo, é indispensável que se saiba como estão apresentados os indicadores de acesso em saúde do SUS para que o mesmo seja universal e, identificar onde os gestores na área da saúde devem concentrar investimentos, como avaliar e reavaliar o que já é oferecido à população e como filtrar demandas e construir propostas de enfrentamento às fragilidades do sistema.

Para tanto urge esclarecer: o acesso aos cuidados em saúde acontece de maneira uniforme nas cinco Grandes Regiões do Brasil?

2 JUSTIFICATIVA

Segundo o IPEA (2012), em um país de proporções territoriais continentais como o Brasil, com peculiaridades de distribuição da população em sua extensão, com variações climáticas, geológicas, econômicas e sócio culturais diversas, gerir recursos em qualquer âmbito é desafiador.

Conhecer as nuances envolvidas nos processos de gerenciamento das políticas públicas e investigar os entraves para o acesso dos cidadãos aos seus direitos é o ponto de partida para a busca de intervenções capazes de atender às demandas de saúde de todos os brasileiros. Para Jesus e Assis (2010) uma gestão mais adequada e melhor produz, por conseguinte, um melhor financiamento da área, permitindo repasses mais condizentes com as realidades territoriais, valorização dos trabalhadores da saúde, investimentos eficientes e eficazes.

Ainda que se tenham dispositivos legais e diretrizes de planejamento e execução dos serviços e programas em saúde, no cotidiano de atendimento aos usuários, o acesso é percebido de modo divergente e complementar como o que Jesus e Assis (2012) enfatizam:

Na prática ainda existe um acesso “seletivo, focalizado e excludente. No entanto, estudos evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS e apresentam avanços e limites na garantia do seu acesso universal. Os limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde. Porquanto, ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros. (JESUS; ASSIS, 2012, p.2)

Esse estudo por sua vez, se constitui em importante ferramenta para o planejamento na Gestão em Saúde e, na busca por informações quantitativas capazes de indicar a realidade atual do acesso universal à Saúde no Brasil.

A continuidade em pesquisas na área da Saúde é necessária, porque o SUS está em permanente construção, sofrendo interferências sociais e políticas e, o cuidado em saúde é permanente. Os contextos geográfico, social, político, econômico e histórico produzem diferentes efeitos na vida dos indivíduos, capazes de interferir de modo patológico no seu cotidiano.

Assim, aponta Lima (2008), se evidencia a relevância da realização de investigações acerca do acesso, a produção de novas pesquisas, a seleção de

dados já obtidos por análises anteriores e a apropriação teórica produzida por pesquisadores da temática.

Assim, esta pesquisa tem o propósito de realizar comparativos regionais entre as cinco Grandes Regiões brasileiras, com o intuito de observar se existem, ou não, flutuações no que diz respeito ao acesso a cuidados em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde brasileiro foi uma construção realizada a partir da militância, da luta e pressão de diversos atores sociais, como coletivos da sociedade civil, entidades médicas, partidos de esquerda, comunidades eclesiais, entre outros, por um longo período da história. Espaço de tempo esse marcado por tensões, conflitos políticos e discussões.

A instituição formal do SUS recebe contornos de realidade, quando da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF, 2016), onde de acordo com o Capítulo II, artigo 198 consta que os serviços de saúde pública compõem uma rede hierarquizada, regionalizada na forma de um sistema único, baseado no atendimento integral, na descentralização e na participação popular. E suas disposições, modo de organização dos serviços e meios de promover, proteger e recuperar a saúde estão estabelecidas na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Esse sistema abrange o território nacional brasileiro e é composto por diversos atores, recursos, programas e serviços nas esferas municipais, regionais, estaduais e federal, sendo que esse possui características essenciais à sua existência, as quais se pode elencar, de antemão, sua acessibilidade a quaisquer pessoas que necessitem de seus serviços, devem poder obtê-los sem impedimentos de ordem financeira ou de que modo provê sua sobrevivência.

É imprescindível que dê conta das transformações societárias no que se refere ao crescimento populacional e suas características, além de planejar e adequar o trabalho realizado com base nos aspectos sóciohistóricos de cada território (ACURCIO, 2007), tendo como finalidade a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS deve ser estabelecido de tal maneira que exista interligação e multidisciplinaridade na oferta, garantindo sua qualidade, qualificação dos profissionais e participação e controle social nas decisões, no planejamento e avaliação do trabalho.

Assim, seria constituído esse sistema à luz de uma situação ideal em que seus componentes atuassem sinergicamente. No entanto, um movimento contraditório na criação do SUS lhe atribuiu o modus operandi atual:

(...) apesar do SUS em sua constituição legal, apresentar princípios e diretrizes de garantia da saúde como direito de cidadania, contraditoriamente a sua implementação ficou sob responsabilidade de governo de orientação neoliberal, liderado pelo então presidente Fernando Collor de Melo. Desta forma, esse sistema é fruto de uma grande contradição, um projeto com requintes socialistas legalmente constituído e um governo neoliberal responsável pela sua implementação. (JÚNIOR; MESSIAS, 2005, p.86).

Ou seja, mesmo com embasamento ideológico que se preocupava com os direitos sociais e com a diminuição da desigualdade, as potências existentes no SUS não conseguiram solo fértil para frutificar. A ordem econômica vigente mundialmente, que interfere na governança nacional, impediu que toda a grandiosidade constada em sua formulação fosse implementada.

A legislação brasileira caracteriza que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado e para que esta máxima se efetivasse seria necessário que os atendimentos fossem estendidos a todas as pessoas e em todas as regiões. Para tanto, o sistema de saúde, apesar da ideia de unicidade, possui três elementos que o constituem sendo a parte dos serviços públicos, o sistema de atenção médica supletiva - SAMS e o sistema de desembolso direto – SDD (JÚNIOR; MESSIAS, 2005).

Vale rememorar que o SUS não é um herdeiro substituto do INAMPS ou do SUDS, ele é algo inovador em permanente construção e reconstrução, que precisa ser compreendido na essência de suas finalidades, para que seja possível encontrar os instrumentais necessários ao alcance destes objetivos (CHIORO; SCAFF, 1999) e para que sejam resolvidos os problemas apresentados, quer seja na gestão, na articulação com outras políticas, nos atendimentos prestados, no planejamento e monitoramento. Ele é como um ser dotado de vida que se transforma durante as diferentes fases deste ciclo vital.

Ainda, se pode evidenciar a identificação a respeito das concepções acerca do SUS: a primeira é o SUS “democrático”, o projetado pela Reforma Sanitária do Brasil; o “legal”, que é constituído dos dispositivos legais nas esferas municipais, estaduais e na União; o “real”, sujeito ao que impõe o neoliberalismo, que favorece a

expansão da mercantilização da saúde e o para os “pobres”, voltado para uma prática de cuidado compreensível para os usuários com maior dificuldade de compreensão, tal como recomendam certos organismos internacionais, para reduzir as consequências funestas que o neoliberalismo impõe à vida das pessoas (PAIM, 1998).

Essa compreensão engloba, não somente a ideia utópica transmitida pela legislação e pelos desejos de seus idealizadores, mas verifica os diversos aspectos contidos na complexidade de um sistema em constante processo de construção e reconstrução.

Este processo multifacetado ocorre devido a uma, de fato, autêntica reforma do Estado fomentada a partir da Constituição de 1988 e do SUS, entendendo que este resultou em aquisição de novos direitos para a população e novas obrigações e papéis para o Ente público (BARBOSA; CARVALHO, 2010). Esse motivo caracteriza esse sistema como algo que sofre modificações devido a interferências econômicas e sociais, bem como afeta a sociedade e seus desdobramentos.

3.2 ACESSO EM SAÚDE

O cuidado em saúde, tanto no que se refere à sua promoção, proteção e recuperação, está diretamente ligado a uma diversa gama de fatores sóciopolíticos e econômicos a níveis local e global. Isto é salientado por Sanchez e Ciconelli (2012). E mais, para que seja possível mensurar o acesso da população a este cuidado é imprescindível que se analise os aspectos componentes dessa categoria.

Para tanto, é primordial a compreensão do conceito de acesso, que está para além da semântica e, do mesmo modo, não se reduz ao empirismo. Parte-se da referência de Giovanella e Fleury (1996), os quais discutem que:

“acesso é categoria central para a análise das interrelações usuários/serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Compreendemos aqui que a ideia do acesso é permeada de diversas variáveis e que este se materializa em diversos níveis de complexidade da rede de cuidado em saúde”. (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.189)

Acessar implica em “fazer parte”, participar, inclusão. Para repensar o sistema de saúde e o cuidado que é preciso para o estado de bem-estar das pessoas, o

acesso é a categoria primordial de análise, pois sua existência na interação com outros aspectos é que garante a materialização dos princípios que regem o SUS.

Para que o cuidado em saúde seja sistemático, continuado e eficaz, a perspectiva do acesso deve ser visualizada (VALE, 2012) como um elemento base na construção/ conquista dos direitos sociais fundamentais – saúde, educação, proteção social. Sua possibilidade é um divisor de águas entre a inclusão e a exclusão social.

O acesso é entendido por Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) como a recepção do usuário, seu acolhimento e direcionamento às ações de saúde que respondam às suas necessidades. É o momento da escuta, da habilidade do profissional em perceber a demanda e o melhor modo de dar resposta a ela.

Essa noção é similar a proposta (JESUS, ASSIS, 2010) que o define como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade. E para que isso seja possível, a regulação e gestão de avaliação de risco é que viabilizarão ao usuário esse acesso, respeitando a oferta.

Contudo, o acesso é muito mais abrangente do que a resolução de uma necessidade, de um problema, pois o próprio conceito de saúde ressalta que estar saudável não é puramente a ausência da doença e, para tanto, concebe ações para prevenir e preservar a saúde, para evitar que vulnerabilidades sejam instauradas na vida dos sujeitos.

Acesso está vinculado com a possibilidade de um grupo procurar e conseguir atenção (GIOVANELLA, FLEURY, 1996). Para tanto, se requer uma avaliação dos recursos de saúde disponíveis e de sua competência para produzir serviços capazes de atender as demandas. É preciso, também, verificar os limitadores interpostos nessa busca e obtenção pela atenção, originadas nos serviços; e, por último, a capacidade de utilização em que se analisam as características desse grupo que facilitam esse processo de procura.

Ele também precisa garantir não somente a entrada do usuário para receber o atendimento, mas para além disso, articular a continuidade do tratamento com o recebimento de cuidados complementares – em qualquer nível da atenção (ANDERSEN, 1994), considerando que a desarticulação do cuidado e a dicotomia

demanda X oferta de serviços, favorece a intensificação das vulnerabilidades do acesso e torna todo o sistema ineficiente.

Por esse ângulo, a discussão do acesso recebe a função de julgador sobre o SUS, estabelecendo referências e contrareferências, determinando trajetórias a serem percorridas no sistema, funcionamento, o que é capaz de suprir e a sua necessidade (ou não) de crescimento, de oferta de novos serviços com a finalidade de fortalecer e organizar a rede para o cuidado continuado aos pacientes (JESUS, ASSIS, 2010).

Para que o acesso à saúde seja possibilitado é necessária uma combinação de fatores favoráveis, entendendo que pode ser visto como a possibilidade de conseguir algo ou de utilizá-lo (FIOCRUZ, 2011). Assim, é cabível entender acesso como agrupamento de situações que combinadas garantem a entrada daquele que necessita do cuidado, a qualquer nível de complexidade ou serviço/programa de que necessite para atender suas fragilidades. Sendo assim, sua compreensão se encontra vinculada aos atravessamentos e possibilidades que permitem ou dificultam a entrada do paciente na rede.

Alguns desses componentes atuam numa correlação de forças, permeando as relações dos indivíduos com quem ou o que lhe garante a saúde ou impede o seu acesso, (Andersen,1995) podendo ser expressos na figura abaixo, a qual evidencia os benefícios que se pode alcançar quando os processos de gestão em saúde visam o acesso universal dos usuários.

Figura 1- Representação da cadeia de efeitos da cobertura universal de saúde, com foco nos resultados:



Os resultados e impactos serão obtidos de acordo com os produtos, processos e insumos empregados na busca pelo acesso em saúde. A fragilidade em quaisquer destes aspectos implica diretamente nas condições de saúde da população.

Existem consensos em relação ao conceito de acesso, mas que este tem se modificado historicamente, ganhando abrangência de sentido, pois como tudo na saúde é socialmente produzido e reproduzido e na sociedade influi e é influenciado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012); contudo ele pode ser separado em quatro subdivisões quanto à: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Além dessas subdivisões, duas faces do acesso são consideradas: uma social em que este é utilizado como elemento norteador e horizonte a ser objetivado pelo serviços; (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000), outra política que vincula o termo em análise à descentralização, sendo um fator requerido para facilitar e qualificar o acesso ao que aponta os almejos no discurso popular, a participação, a inclusão, a continuidade e a igualdade no setor da saúde.

Ainda, há muitos pontos que compõem o complexo “acesso”. Alguns apresentam modelos que visualizam o acesso de modo diferenciado; ressaltam que sob o viés de análise “do *modelo sanitaria-planetador*, para caracterizar a tradução do conceito de acesso pela possibilidade de consumo, garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.192), No *modelo sanitaria-politista*, este é vislumbrado como algo construído conjuntamente pela população no exercício de sua cidadania, na participação e controle social e na configuração de suas práticas.

Nesse sentido, o acesso pode ser compreendido como produto de aspectos individuais, conjunturais, culturais, tocantes ao modo em que o atendimento é prestado aos usuários.

Então, alguns elementos que devem ser considerados nessa compreensão, dentre eles os vínculos constituídos entre as pessoas e destas com os espaços ocupados socialmente, a maneira como entidades, trabalhadores e todo o SUS em si, se preocupam e acolhem as dores e fragilidades do usuário e da coletividade (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Assim, se verifica que é potencialmente complexa e abrangente a análise do acesso em saúde no Brasil, porque esta não se restringe ao sentido literal da

palavra e nem à geografia do território ou distribuição de recursos, mas é igualmente pertinente considerar a práxis dos serviços de saúde e os princípios profissionais e institucionais vislumbrados no atendimento aos pacientes e, de que maneira estes últimos percebem/ absorvem estas intervenções.

Na evolução do conceito, se cogita que a autonomia para buscar atendimento, as habilidades, características dos usuários em torno do seu letramento, capacidades cognitivas, seu modo de pensar e agir, o que acredita, seu papel na organização da sociedade, na sua família, condições financeiras e a relação desse indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse cidadão seja mais ou menos “livre” para utilizar o sistema” (SANCHEZ E CICONELLI, 2012) e isto, se materializará na melhora ou piora do acesso em saúde.

No âmbito jurídico, uma compreensão contemporânea iniciada na Alemanha, que extrapola as barreiras legais e aqui complementa a noção do termo, trabalha o conceito sob três modos diferentes, sendo o primeiro visto como a liberdade de, se necessário, fazer ou obter algo individualmente, o segundo como a possibilidade de fazer algo pela coletividade e o terceiro a possibilidade de conseguir o cuidado quando as duas hipóteses anteriores não forem abrangentes (HUSTER, 2005 apud VALE, 2012). Sendo esta afirmação, de modo generalista, a que abrange em si a maior quantidade/amplitude de elucidações acerca do acesso.

Há que se estabelecer, ainda, o contraponto entre acesso X acessibilidade, visto que eles aparecem, muitas vezes, como sinônimos (STARFIELD, 2002). São termos complementares em que a acessibilidade é aquilo que possibilita ao usuário chegar ao serviço, local, estrutura de saúde e o acesso é o modo como o usuário vivencia as peculiaridades do serviço de saúde que o atende.

Essa duplicidade de uso de ambos os termos acima é encontrada na literatura (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Em certas obras se utiliza o termo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível; noutras existe a preferência por utilizar o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada e, ainda as duas palavras com a função de elucidar o nível de liberdade e possibilidade de os pacientes buscarem e/ou receberem atendimento em saúde.

Embora haja discordâncias, a ideia predominante encontrada, relativa a essa categoria, é a que liga acesso ao uso de serviços. Contudo, não é pertinente reduzi-lo a isso. Outros aspectos conjunturais e particulares preexistentes influenciam a utilização. Ele é porta de entrada (em relação ao uso), é o meio pelo qual é permitido

que os pacientes recebam cuidado e também pode ser traduzido por meio dos resultados na saúde por meio do cuidado ofertado.

3.3 PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE

Em 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral das Nações Unidas, com a aprovação de 48 Estados foi promulgada a Declaração Universal do Direitos Humanos, sendo este documento um marco histórico que demonstra que a humanidade partilha valores comuns, ideais universais (BOBBIO, 2004). E essa noção é preceito de suma importância para a construção da trajetória dos direitos sociais no Brasil.

O substantivo feminino universalidade, conforme dicionário *Michaelis online* (2015), significa “qualidade do que é universal; abrangência universal de assuntos, objetivos ou conhecimentos; caráter da proposição de sentido geral que se contrapõe à particularidade”. E a partir desta compreensão é que se parte para a análise deste princípio que fundamenta a assistência à saúde no país na contemporaneidade.

Retrocedendo na história, em nosso país, em 1988 a Constituição Federal (CF, 2016) introduziu o conceito da seguridade social, o que trouxe consigo implicações para as áreas da Saúde, Previdência e Assistência Social, colocando como objetivo primeiro a universalidade da cobertura e do atendimento; o que significa que toda pessoa no território brasileiro, independentemente de suas características individuais, tem o direito de acessar os serviços de saúde.

A universalidade, relacionada aos princípios constitucionais, pode ser expressada na máxima “a saúde é direito de todos”, validando a desconstrução de barreiras e impeditivos de qualquer natureza ou caráter, para qualquer indivíduo que busque o exercício de sua cidadania ao necessitar do SUS (OLIVEIRA, 2007). A única exigência para utilizar de espaços, serviços e programas que recuperem, promovam e previnam situações relativas à saúde é ser humano.

Esse conceito é consenso entre diversos autores, que consideram que a Carta Magna apontou a importância das políticas sociais e econômicas para a garantia do direito à saúde, sinalizando para o acesso universal e equânime aos equipamentos, programas, atendimentos para a promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM; SILVA, 2010). E, quando se faz referência ao SUS, o conceito de

universalidade implica que o acesso não seja dificultado por nenhuma espécie de impeditivo de ordem física, legal, cultural, econômica, ambiental, etc.

Pensar em universalidade não só abrange aquilo que está relacionado as políticas sociais. É igualmente necessário e complementar a observação legal do termo:

[...] assegura a todas as pessoas o acesso às prestações decorrentes dos serviços públicos, sendo dever inescusável do Estado permitir, a toda a população, o acesso às comodidades materiais decorrentes de tais prestações. Tal princípio traduz, assim, o dever de universalizar o acesso aos direitos fundamentais sociais concretizados mediante os serviços públicos prestados, manifestando-se como condição de realização dos objetivos fundamentais previstos no texto constitucional. (SCHIER, 2017, p.1).

Este demarca que toda população deve ser beneficiada por atendimento público de qualidade, não abrindo brechas para a recusa do Estado em ofertar tais serviços, determinado que a ele cabe esta obrigação. Tal que, o Estado deva promover, planejar e implementar soluções para que os pacientes possam transpor quaisquer obstáculos que interfiram no seu pleno acesso.

O Ministério da Saúde (2000), em documento ressalta que este princípio não somente está atrelado ao atendimento imediato das necessidades em saúde e sim, provoca o desafio de organizar o SUS de modo a garantir a distribuição desses serviços e atendimentos para todos que apresentem necessidade, com ênfase no trabalho para a prevenção, tendo como horizonte a diminuição dos agravos.

A universalização recebe a função de, basicamente, redividir, pois está atrelada à vinculação de indivíduos e grupos que não colaboram monetariamente de forma direta para o custeio do SUS (FILHO; OLIVEIRA, 1990); assim pode ser denominada como “universalidade excludente”, pois na medida em que há movimentos de ampliação desse princípio, em contramão são reduzidos os serviços, os atendimentos e a qualidade da prestação do cuidado.

De modo complementar a essa crítica acerca da universalidade, é plausível discutir duas abordagens diversas para este princípio: uma que expressa de maneira geral, aquilo que é previsto nas normativas jurídicas, que todos indiscriminadamente podem fazer uso (SOUSA, 2014) e outra que demonstra a realidade, a qual se constitui no impedimento ao uso desse direito, seja por motivos de ordem estrutural, profissional, falta de recursos, etc. e que empurra os usuários para a utilização dos meios ofertados na rede privada ou que simplesmente

vivenciam as mazelas por serem desfilados de ambas as possibilidades - público ou privado.

Ainda, atenta-se a apontamentos que analisam a universalidade sob dois aspectos: um no que diz respeito ao acesso às condições de vida adequadas que permitam qualidade de saúde e outro relacionado à universalidade do acesso às ações e serviços de saúde. A universalização é reconhecida como direito, naquilo que se relaciona às competências do Estado na promoção e implementação de políticas públicas, programas e serviços a fim de garantir esta universalidade que é dever desse ente.

Este princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde (permitam-me designá-lo assim para evitar confusão com a ideia mais ampla de universalidade) tem, por trás dele, uma tese ético-política: não é justo que alguém seja privado do acesso às ações e serviços de saúde dos quais necessite pelo simples fato de não ter renda. Cabe ao Estado garantir essa tese. (MATTOS, 2009, p.7)

Novamente, se ressalta que o único pressuposto que o conceito de universalidade impõe para a utilização dos serviços de saúde no Brasil é a condição de “ser humano”. A hipossuficiência de renda não deve, de modo algum, ser impeditivo do acesso ou motivo que justifique o recebimento de atendimento em detrimento a outro que tenha situação socioeconômica divergente (nos casos de judicialização).

Restringir, dificultar a utilização de serviços de saúde com base na renda dos sujeitos, compõe incorrigível involução do direito, se contrapondo ao que preconizam organismos internacionais e pesquisadores no campo da saúde pública e, violam e deturpam o que exige a Constituição (OLIVEIRA, 2010), modificando a compreensão do próprio termo “humano” e se constituindo numa grande contradição.

No corrente momento histórico, consegue-se entender esse princípio como uma ideia atual incutida luta por direitos adquiridos e sua utilização, bem como sua concretude na saúde (MELLO; VIANA, 2012); as tensões pela mercantilização do sistema de saúde só fazem encorpar esta percepção.

Há uma importante crítica à necessidade de judicialização deste direito já positivado e que muitos juristas tem se valido de exigência de comprovação de hipossuficiência de renda para indeferir ou dar ganho de causa para pacientes que

procuram a justiça na busca por medicamentos, atendimentos especializados, cirurgias, etc. (OLIVEIRA, 2010). Isto agrega morosidade à justiça, amplifica os agravantes para os pacientes em espera e contradiz a Lei maior do país.

O que movimenta em direção ao contraponto da universalidade estabelecido por Sousa (2014), em que, não somente o conceito, mas a materialidade deste direito é analisada sob dois vieses: um sob ótica social democrática introduzida com a Reforma Sanitária, com a ideia de direito para todos garantido e financiado pelo poder público; o outro sob a visão liberal – que é como a sociedade contemporânea está organizada – introduzida a partir de meados dos anos 90 por organismos internacionais, que suplantaram a noção de que a universalização é dispendiosa ao Estado e por este motivo só deveria ser ofertada aos que não podem arcar com seu custo.

A noção de universalidade implica em que o usuário possa ir e vir facilmente nos diferentes níveis de complexidade conforme suas necessidades, tendo suas características individuais respeitadas e isto, de fato, não acontece porque “o SUS vive de cotas” (VIEGAS; PENNA, 2012), ou seja, a oferta é substancialmente inferior à demanda.

Aquilo que se constata, por fim, é uma universalização utópica onde todos os cidadãos conseguem acesso sem ter que transpor barreiras, e uma real, excludente de boa parcela populacional, seja pelos limites financeiros, geopolíticos ou socioeconômicos. Essa verificação da existência de uma situação dialógica para a universalização é, talvez, a maneira de poder diagnosticar os erros e superar as dicotomias.

3.4 REGIÕES BRASILEIRAS

Território é termo pertencente aos estudos realizados pela Geografia, utilizado na gestão descentralizada das políticas públicas. Marques (2017, p.1) explica que esta ciência entende “território como um espaço físico, delimitado e que possui um modelo de gestão e asseguarção desse espaço; que é apropriado pela sociedade através de suas relações sociais, política e econômicas”.

Tomada esta consciência, se constata que território pode ser mais ou menos abrangente, pode ser um bairro, uma região ou município, etc. isso dependerá do desejo de amplitude a ser esmiuçado pelo pesquisador/ estudante.

Regionalizar é um dos instrumentos utilizados pelos gestores públicos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), para planejar e implementar políticas públicas de modo mais assertivo e possibilitar resposta às demandas daquele território agrupado por suas características semelhantes, seja relativa a fatores socioeconômicos, geografia ou cultura.

O IBGE, na apresentação do último Censo Demográfico do ano de 2010 (IBGE, 2011), explica que na década de 70 foram introduzidas novas ideias de organização do espaço brasileiro e organização econômica, dividindo o território nacional em cinco grandes regiões: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e região Centro-Oeste, as quais ainda são tomadas como referência na atualidade.

Na biblioteca virtual do IBGE, conforme tabela 3.1, constam que os estados estão, até o presente momento, organizado nas regiões:

Tabela 3.1 - Regiões brasileiras, dados básicos e unidades da federação

Região	Dados Básicos	Unidades da Federação		
Norte	3.869.637,9 km ² (45% do território nacional) 16,3 milhões de habitantes	Acre	Pará	Tocantins
		Amapá	Rondônia	Amazonas
			Roraima	
Nordeste	1.556.001 km ² (18,2% do território nacional); 50 milhões de habitantes	Alagoas	Maranhão	Piauí
		Bahia	Paraíba	Rio Grande do Norte
		Ceará	Pernambuco	Sergipe
Sudeste	927.286 km ² (10,6% do território nacional); 77 milhões de habitantes	Espírito Santo	Minas Gerais	Rio de Janeiro
			São Paulo	
Centro-Oeste	2.612.077,2 km ² . (18,86% do território brasileiro); 12 milhões de habitantes	Distrito Federal	Goiás	Mato Grosso
			Mato Grosso do Sul	
Sul	575.316 km ² , (6,8% do território nacional); 26 milhões de habitantes	Paraná	Rio Grande do Sul	Santa Catarina

Fonte: IBGE (2019)

Com base nos dados disponíveis no sítio do IBGE (ano) é verificável que as regiões Norte e Centro-oeste são as menos populosas, sendo a região Sudeste com maior população. As regiões Sul e Sudeste apresentam as menores taxas de

analfabetismo e os menores índices de mortalidade antes do primeiro ano de vida, em contraste aos índices da região Norte que são os maiores.

O Comunicado nº 129 do IPEA, em relação à saúde, refere que há uma concentração maior de profissionais da saúde de nível superior nas regiões mais desenvolvidas do Brasil que são o Sul e o Sudeste e nestas mesmas regiões encontramos as menores médias de consultas médicas por habitante.

Relevante é considerar, ainda, para a visualização das peculiaridades regionais, os aspectos geográficos e climatológicos do país, visto que estes influenciam diretamente a vida dos cidadãos e seu acesso à saúde (DONABEDIAN, 1973). O Brasil conta com áreas territoriais assoladas com secas e alagamentos periódicos (respectivamente semiárido nordestino e Pantanal) e com uma região desprovida de acesso terrestre (Norte) e meios de comunicação precários.

Em relação ao quadro da saúde, David, Shimizu e Silva (2015) realizaram estudo comparativo entre municípios brasileiros e na análise regional pode-se concluir que as regiões Norte e Nordeste encontram maior dificuldade na questão de contrapartida do gasto total médio per capita com atenção primária, também apresentam os maiores percentuais de internações sensíveis à este nível da atenção. Estas duas regiões foram as que pior geriram os valores voltados para a atenção primária repassados pelo Governo Federal.

Salientaram, outrossim, os autores que o menor índice de inexecução dos recursos transferidos pela União aconteceu no Centro-Oeste, e este conjuntamente com o Nordeste apresentaram a maior cobertura de usuários na saúde bucal. Já nas regiões Sul e Sudeste, se verificou maior cobertura da atenção primária e os menores percentuais de internação sensível à atenção básica.

No Sul e Sudeste o percentual de atendimentos via SUS é proporcional ao índice dos que são atendidos mediante pagamento direto (RIBEIRO et al. 2006); nas regiões Nordeste e Norte os atendimentos SUS são o dobro maiores.

Como se constata, as assimetrias regionais são incontáveis e, para que sejam atendidas as demandas de cada grande região, respeitando suas especificidades, documento do Ministério da Saúde (MS/BR/SESUS, 1990) que dispõe sobre o modo de organização da rede de serviços de saúde, que é a política em foco neste trabalho, colocando que esta deve ser regionalizada, considerando o espaço territorial, a referência do domicílio e os meios de deslocamento da população no

momento do planejamento da distribuição dos espaços físicos de atendimento aos usuários.

3.5 INDICADORES DE ACESSO EM SAÚDE

De acordo com o Relatório PROADESS (2011) pode-se compreender como indicador de acesso todo aquele elemento passível de tabulação que possibilita ao usuário a utilização dos serviços da rede de atenção em qualquer nível de complexidade, além das suas variadas formas de acolhimento.

O porquê do interesse pela construção e análise de indicadores na atualidade é revelado: gestores e conselhos de direitos buscam neles o embasamento necessário à proposição de novos programas, ações e reformulações políticas (JANNUZZI, 2014). Este movimento acontece pela preocupação com auditorias, pela exigência social que, cada vez mais, exige eficiência e eficácia da atividade pública e pela facilidade de acesso à informação por intermédio das mídias sociais.

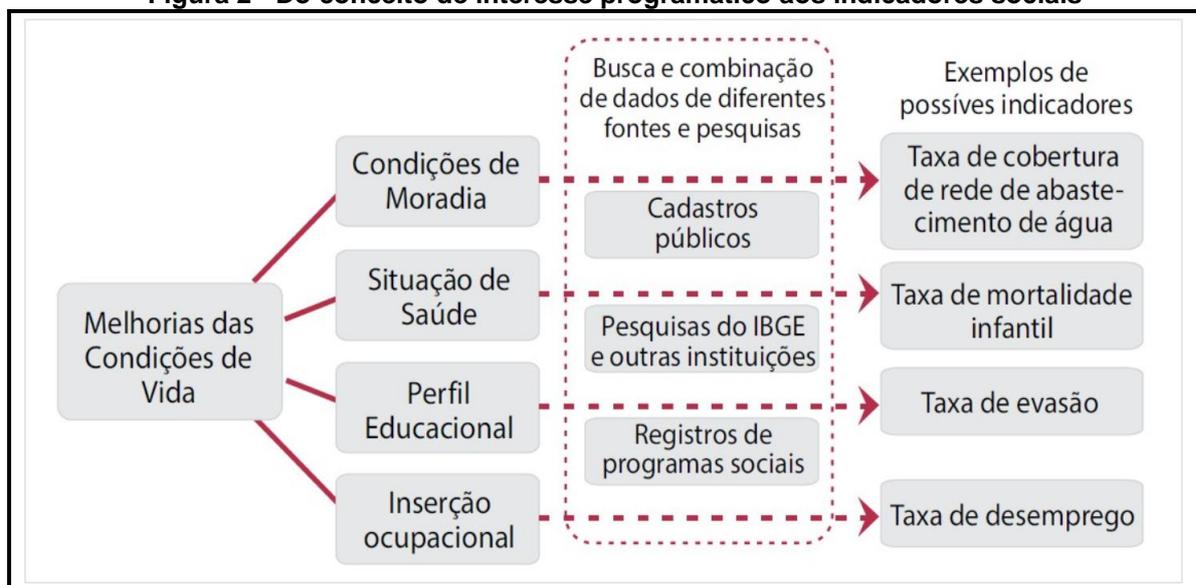
Para a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008), a compreensão do conceito de indicador é expressa como sendo uma grandeza-extrato que carrega em si informações importantes acerca de certos aspectos e perspectivas do cuidado em saúde e do funcionamento da cadeia do SUS, a realidade de risco médico – ou não a que estão submetidas as pessoas, servir para o monitoramento das condições de saúde e sua qualidade está relacionada ao modo com que foi formulado e como serão coletadas e avaliadas as informações.

Os indicadores devem sinalizar apontamentos, aproximações, indicações e expressar de modo quantitativo/qualitativo os aspectos sociais relevantes, definidos previamente por opções paradigmáticas ou políticas (JANNUZZI, 2014). Isto é, o modo de olhar do pesquisador ou os moldes da investigação realizada por este profissional é que estabelecerão os indicadores a serem observados, tendo como resultado este ou aquele aspecto predominante.

Tendo essa base, é possível constatar que todo indicador é produzido a partir da idealização do pesquisador, por mais que a referência teórica seja o elemento norteador central, as percepções da realidade investigada são traduzidas a partir do eu particular do profissional (experiências vivenciadas, cultura, ideologia), assim o

produto nunca será neutro. A construção dos indicadores pode ser traduzida visualmente:

Figura 2 - Do conceito de interesse programático aos indicadores sociais



Fonte: Jannuzzi (2014, p.23).

Basicamente, a criação de qualquer indicador consistente perpassará pelo processo descrito na imagem. O ponto de partida é a situação idealizada e do que é preciso para sua realização. O passo seguinte é que informações serão utilizadas e onde serão coletadas. Assim se localiza nesse meio o indicador mais adequado para revelar a realidade analisada.

O nível de veracidade de um indicador está intrinsecamente relacionado com seu grau de confiabilidade e validade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade (RIS, 2008).

A respeito dos indicadores, se pode caracterizá-los de acordo com a relação que estabelecem com a dimensão do processo que desejam medir, podendo ser estocasticamente ou deterministicamente (TRZESNIAK, 1998). Os relacionados à primeira categoria são aqueles quando existe relação direta – obrigatoriamente a existência de certa situação é consequência de outra. A segunda está vinculada a probabilidade da ocorrência, os fatores não determinam o produto. No caso das ciências sociais e humanas esta última é a de maior incidência.

Na esfera da saúde, indicadores diversos podem ser auxiliares no planejamento dos gestores e dados podem ser obtidos em qualquer nível de complexidade (Atenção Básica, Atenção Secundária, Alta Complexidade); a exemplo podem ser citados como alguns indicadores de acesso:

- Consulta médica/dentista nos últimos 12 (doze) meses;
- Imunização contra influenza em idosos;
- Cobertura por exame de Papanicolau;
- Acesso de idosos para implante de prótese de quadril;
- Acesso de idosos para remoção de catarata;
- Acesso à angioplastia;
- Acesso à mamografia;
- Percentual profissionais da saúde especializados.

Fontes confiáveis e com vasto material, produto de profundas pesquisas, feitas em larga escala e com dados já consolidados podem ser acessadas em domínios de instituições do Brasil por qualquer pessoa com acesso à internet e o mínimo de conhecimento de navegação.

Tabela 3.2 - Algumas das principais publicações periódicas e portais de indicadores

FONTE	SÍTIO	CONTEÚDO
IBGE	< www.ibge.gov.br >	Síntese de Indicadores Sociais Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Indicadores Sociais Municipais Cidades Estados Países
IPEA	< www.ipea.gov.br >	IPEADATA Radar Social Relatório de Acompanhamento dos ODM
PNUD	< www.pnud.org.br >	Aplicativo Atlas do Desenvolvimento Humano Relatório do Desenvolvimento Humano
Ministério da Saúde	< www.datasus.gov.br >	Indicadores e Dados Básicos Cadernos de Informações Municipais
Portal ODM	< www.portalodm.com.br >	Sistema de Indicadores Municipais
Muninet	< www.muninet.org.br >	Banco Estatístico dos Municípios Brasileiros

Fonte: Jannuzzi (2014, p.40,41).

São esses dados, já validados pela comunidade acadêmica e científica, que serão analisados e interpretados a fim de desvendar a realidade do acesso à saúde no país, visto que otimizarão o tempo do pesquisador e garantirão a confiabilidade dos resultados.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o acesso ao Sistema Único de Saúde nas grandes regiões brasileiras no período de 2005 ao ano de 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Sistematizar os dados sobre os indicadores de acesso à Atenção Básica – percentuais de: profissionais da saúde especializados, de cobertura pela atenção primária e Equipe de Saúde da Família (ESF) e, de cobertura vacinal, cobertura por exame de Papanicolau e mamografia;

b) Sistematizar os dados sobre os indicadores de acesso aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade: número de equipamentos de alta tecnologia, percentual de partos hospitalares, percentual de estabelecimentos de saúde, acesso para remoção de catarata, angioplastia e artroplastia de quadril.

c) Indicar, a partir das informações aferidas, onde se faz necessária a intervenção dos investimentos e dos serviços públicos de saúde para garantir a paridade do acesso em todo o território nacional.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O processo de pesquisa pode ser classificado de acordo com o modo de coleta e/ou tratamento das informações obtidas. Aqui se realizou o que Andrade (2011) refere como pesquisa do tipo levantamento, que se propõe a evidenciar a distribuição de características ou fenômenos que acontecem em determinados grupos populacionais; ela visa delimitar os geradores de determinada situação, identificando demandas que poderão ser tomadas como referência para processo de planejamento de ações futuras.

Ao mesmo tempo, podemos dizer que esta igualmente é explicativa pois buscará traçar a realidade do acesso a saúde no Brasil

5.1.1 População e Amostra

A quantidade de conhecimentos existentes que podem ser obtidos no momento em que se constitui uma pesquisa é uma gama imensa e, para que se torne possível sua análise, é primordial que se selecione uma parcela destas informações como nos ensina Andrade (2011).

Na explicação de Andrade (2011), optou-se por utilizar dados secundários já registrados por pesquisas de amostragem e em bancos de dados do Sistema Único de Saúde, em função de que a população de referência para o estudo serão os usuários da saúde pública brasileira, compreendendo aqui por população como o conjunto finito de pessoas agrupadas por características comuns (usuários do SUS de ambos os sexos).

Na mesma publicação, a autora acima referida, ainda esclarece que a amostra será estratificada, tendo em mente que esta se destaca por subdividir ou “estratificar” a população em outros grupos (homens, mulheres, idosos, gestantes, etc.).

As informações necessárias à análise do acesso foram coletadas e compreendidas a partir de um período de tempo de 10 (dez) anos, de 2005 e 2015. Entretanto determinados indicadores não possuem processos de coletas anuais, a

exemplo dos dados estratificados da PNS que são coletados quinquenalmente. Nesses casos foi utilizado o ano mais recente disponível para a pesquisa.

5.1.2 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados

Para que uma pesquisa seja bem-sucedida e demonstre fidedignidade, a fase de coleta de informações é muito importante. Neste estudo foram utilizados dados do Sistema Único de Saúde e de entidades de pesquisa brasileiras como os citados por Andrade (2011), assim o pesquisador otimiza tempo com a utilização de dados já catalogados e consolidados.

Tabela 5.1 - Indicadores de acesso e fonte de pesquisa dos dados

Indicadores de acesso	Fonte dos dados
Percentual profissionais da saúde especializados - médico p/1.000 hab.	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default_zip_brasil.shtm
Consulta médica nos últimos 12 (doze) meses	https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res1 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#cober
Atenção Básica	https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default_xls.shtm
Imunização contra influenza em idosos	https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res1 https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados
Número de equipamentos de alta tecnologia disponíveis ao SUS	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?=&t=resultados
Partos hospitalares	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/f07.def
Número de estabelecimentos de saúde	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?=&t=resultados
Cobertura por exame de Papanicolau	https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res1 https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados
Acesso de idosos para implante de prótese de quadril	https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res1
Acesso para remoção de catarata	https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res1 https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados

Continua

Conclusão

Tabela 5.1 - Indicadores de acesso e fonte dos dados

Acesso à angioplastia	https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1
Acesso à mamografia	https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1 https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados

Fonte: Elaborado pela autora

Estes indicadores foram elencados aleatoriamente de maneira a mesclar indicadores de fontes diferentes, com o objetivo de observar o acesso nos diversos níveis da atenção à saúde e possibilitar maior amplitude para a coleta e comparação dos dados obtidos.

A base de pesquisa foram os indicadores do PROADESS – avaliação do desempenho do sistema de saúde, Pesquisa de Assistência Médico Sanitária e três destes indicadores: Atenção Básica, Cobertura por exame de Papanicolau e Acesso à mamografia do SISPACTO (Sistema de registro de dados referentes às Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde). Cabe ressaltar que, apesar de este último sistema trazer novos indicadores pactuados, seu acesso é restrito e isto impossibilita a busca sem o permissionamento do gestor federal, além de não tabular dados agrupando pelas Grandes Regiões Brasileiras.

5.1.3 Organização e Apresentação e Análise dos Dados Coletados

Terminada a fase da coleta de informações é preciso escolher de que modo será feito o tratamento, organização e apresentação das informações obtidas transformando-os em quantidades, o que se denomina de codificação.

Nessa etapa, se recorre a instrumentais como: tabelas, quadros e gráficos com a intenção de materializar, de expressar visualmente o conhecimento adquirido e ao qual Andrade (2011, p.110) diz ser “necessário registrar certas características das distribuições de frequências, através das medidas de posição e de dispersão, que servem para localizar as distribuições e caracterizar sua variabilidade” – ou tabulação de dados.

O processo de pesquisa aconteceu em meio virtual, tendo como horizonte norteador os objetivos a que esta baseou sua proposta. Foram acessados

documentos, livros e dados disponibilizados a partir de pesquisas e informativos obrigatórios, referentes aos atendimentos no SUS.

Os apontamentos realizados após o compilamento das informações aconteceram em comparativos estabelecidos entre as 5 (cinco) Grandes Regiões do Brasil e tendo por orientação aporte teórico referente à área de pesquisa.

6 RESULTADOS

Em relação ao número de profissionais de nível superior, foi analisado na tabela 6.1 o número de médicos para cada grupo de 1.000 (mil) habitantes. Na série histórica observada, a região com maior índice final é a Sudeste, que lidera o *ranking*. Nordeste e Norte estão abaixo da média nacional de 1,86.

Tabela 6.1 - Número de médicos por grupo de habitantes por regiões brasileiras, no período de 2005 a 2010

Número de profissionais de saúde por habitante Médicos p/1.000 hab. por Região						
Região	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Região Norte	0,82	0,84	0,85	0,92	1	0,9
Região Nordeste	0,99	1,02	1,03	1,06	1,12	1,09
Região Sudeste	2,28	2,31	2,33	2,43	2,37	2,51
Região Sul	1,73	1,79	1,81	1,89	2,1	2,06
Região Centro-Oeste	1,68	1,71	1,76	1,83	1,96	1,76
Total	1,68	1,71	1,74	1,8	1,84	1,86

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais (2010)

No quesito percentual de pessoas que consultaram o médico no último ano, a tabela 6.2 mostra que Sudeste é a região com o melhor resultado nas quatro últimas aferições. Norte e Nordeste intercaram os piores percentuais.

Tabela 6.2 – Percentual da população que consultou médico nos últimos 12 meses por regiões brasileiras no período de 1998 a 2013

Percentual da população que consultou médico nos últimos 12 meses				
Região	1998	2003	2008	2013
Norte	50.6	60.8	61.0	61.4
Nordeste	49.7	57.6	63.9	66.3
Sudeste	57.7	66.3	71.3	75.8
Sul	56.2	63.5	68.9	73.8
Centro-Oeste	55.9	63.0	66.3	69.5
Brasil	54.7	62.8	67.7	71.2

Fonte: Proadess, PNAD, PNS (2013)

Para além desses pontos, a cobertura da Atenção Básica é outro fator não menos relevante a ser considerado. Aqui, na tabela 6.3, foi tomado como base o ano de 2013, produto da PNS, em que o grau de variação das estimativas de domicílios que efetivamente recebem atendimento na Atenção Básica se poderia afirmar que a

totalidade das regiões ultrapassa os coeficientes médios do país. No entanto, desta vez Norte ultrapassa Centro-Oeste e Nordeste que tem o menor coeficiente.

Tabela 6.3 - Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que recebem visita de ACS ou membro da ESF, por região em 2013

Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que recebem visita de Agente Comunitário em Saúde (ACS) ou membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) mensalmente, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões- 2013		
Grandes Regiões	Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que recebem visita de Agente Comunitário em Saúde (ACS) ou membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) mensalmente (Coeficiente)	
	Coeficiente de variação	
	Total	Proporção
Brasil	2,2	1,6
Norte	4,3	2,9
Nordeste	2,9	2,3
Sudeste	5,1	3,9
Sul	5,2	3,5
Centro-Oeste	3,9	2,6

Fonte: IBGE (2013).

Nordeste apresenta na tabela 6.4, com larga diferença, a maior proporção de vinculações ao nível primário da saúde e Sudeste o pior resultado. Somente Nordeste e Sul ultrapassam a média nacional.

Tabela 6.4 - Proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no ano de 2013.

Proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões, 2013			
Grandes Regiões	Proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família (%)		
	Proporção	Total	
		Limite inferior	Limite superior
Brasil	56,2	54,9	57,4
Nordeste	68,1	66,6	69,6
Norte	53,5	50,8	56,2
Sudeste	48,3	45,9	50,8
Sul	58,4	55,2	61,7
Centro-Oeste	54,5	52,2	56,7

Fonte: IBGE (2013).

Tomando como período de comparação o ano de 2010, através de referências acessíveis no IDSUS, a confirmação das divergências regionais é possibilitada, ao passo que Nordeste registrava um percentual de cobertura de 80,0%, Sul 74,6%, Centro-Oeste 67,8%. O único diferencial reside na troca de posicionamento entre Sudeste com 64,0% e Norte 58,4%, o que é essencial para melhor colocação da primeira em relação a segunda em diferentes aspectos em pesquisas de saúde.

Se constata na tabela 6.5 que Nordeste tem o menor coeficiente de desacompanhamento pós-cadastramento em unidade de saúde da família, seguido pelo Sul. Na pior colocação está a região Norte.

Tabela 6.5 - Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que nunca receberam visita de ACS ou membro da ESF, no ano de 2013 por região

Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que nunca receberam visita de Agente Comunitário em Saúde (ACS) ou membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) mensalmente, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013

Grandes Regiões	Coeficiente de variação das estimativas de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que nunca receberam visita de Agente Comunitário em Saúde (ACS) ou membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) mensalmente (Coeficiente)	
	Coeficiente de variação	
	Total	Proporção
Brasil	3,4	3,2
Norte	9,4	8,8
Nordeste	4,8	4,7
Sudeste	5,9	5,5
Sul	5,8	6,2
Centro-Oeste	8,6	8,4

Fonte: IBGE (2013).

Na observação da tabela 6.6, referente ao setor de imunizações, em contraste entre o primeiro e o último ano aferidos, a exceção do Centro-Oeste que apresentou aumento da cobertura vacinal, todas as outras quatro (4) obtiveram considerável redução na imunização.

Tabela 6.6 - Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe por regiões brasileiras, no período de 2005 a 2015

Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe												
Abrangência Geográfica:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	

Continua

Conclusão

Tabela 6.6 - Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe por regiões brasileiras, no período de 2005 a 2015

Norte	96.0	95.5	92.4	92.1	102.5	85.3	89.8	88.5	94.6	86.5	85.6
Nordeste	86.7	86.9	87.4	84.1	92.2	91.5	84.7	84.3	85.9	81.7	79.5
Sudeste	79.6	79.5	78.2	76.9	83.4	77.0	77.5	75.7	80.8	74.9	74.2
Sul	83.7	77.5	76.3	76.1	81.2	79.6	78.4	80.7	82.9	79.1	77.7
Centro-Oeste	86.1	87.6	87.2	86.6	96.0	83.3	83.8	83.1	82.5	81.1	91.4
Brasil	83.3	82.4	81.5	79.9	87.0	81.9	80.5	79.8	83.2	78.2	77.7

Fonte: Proadess, PNAD, PNS (2017)

De acordo com o IBGE, considerando o ano 2009 o SUS dispunha em sua rede 1.663 mamógrafos, 1.145 tomógrafos, 367 raio X para densitometria óssea, 361 aparelhos de ressonância magnética e 2.927 equipamentos de ultrassom do *doppler* colorido, distribuídos entre as cinco grandes regiões brasileiras. Nesse elemento de análise, a tabela 6.7 apresenta que a região Norte é a detentora do menor número de equipamentos de alta tecnologia no país; Sudeste é proprietária da maior quantidade.

Tabela 6.7 - Equipamentos disponíveis ao SUS por tipo de equipamento e região - 2009

Equipamentos disponíveis ao SUS, existentes em estabelecimentos de saúde, por tipo de equipamento, segundo as Grandes Regiões - 2009

Grandes Regiões	Equipamentos disponíveis ao SUS, existentes em estabelecimentos de saúde					
	Mamógrafo com comando simples	Mamógrafo com estereotaxia	Raio X para densitometria óssea	Tomógrafo	Ressonância magnética	Ultrassom <i>doppler</i> colorido
Brasil	1 357	306	367	1 145	361	2 927
Norte	76	11	21	66	30	169
Nordeste	261	74	76	190	60	666
Sudeste	667	142	167	575	171	1 383
Sul	256	59	80	241	71	502
Centro-Oeste	97	20	23	73	29	207

Fonte: IBGE (2009)

Quando analisados os dados acerca de partos hospitalares, na tabela 6.8, fica evidente que houve aumento progressivo neste tipo de atendimento, em geral acompanhando a proporcionalidade da densidade demográfica; mas Centro-Oeste e o Sul apresentaram leve queda na quantidade.

Tabela 6.8 - Número de partos hospitalares por Região – 2005 a 2011

Proporção de partos hospitalares Número de partos hospitalares por Região							
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Região Norte	285.761	289.664	285.392	296.816	288.773	286.352	294.456
Região Nordeste	881.242	848.760	846.680	858.915	839.568	818.219	828.818
Região Sudeste	1.161.074	1.128.946	1.111.209	1.120.617	1.109.441	1.115.217	1.133.817
Região Sul	388.188	376.607	360.186	368.817	363.469	367.898	376.068
Região Centro-Oeste	229.724	219.846	213.537	220.636	218.397	218.820	224.207
Total	2.945.989	2.863.823	2.817.004	2.865.801	2.819.648	2.806.506	2.857.366

Fonte: Proadess, SINASC (2014)

Em comparativo na tabela 6.9, na linha do tempo da pesquisa se percebe o crescimento no número de estabelecimentos de saúde no Brasil. Norte conta com a menor infraestrutura física e Sudeste a maior.

Tabela 6.9 - Estabelecimentos de saúde, segundo as Grandes Regiões, nos anos de 2002, 2005 e 2009

Estabelecimentos de saúde, segundo as Grandes Regiões - 1976/2009			
Grandes Regiões	2002	2005	2009
Brasil	65 342	77 004	94 070
Norte	5 137	5 528	6 305
Nordeste	18 911	22 834	28 234
Sudeste	24 412	28 371	35 351
Sul	11 757	13 113	15 954
Centro-Oeste	5 125	7 158	8 226

Fonte: IBGE, 2009.

Como é possível observar na tabela 6.10, no que diz respeito à saúde da mulher se apura que em todas as regiões houve redução no percentual de mulheres que tenham feito o exame Papanicolau em relação ao primeiro período visualizado. O menor percentual é apresentado pela região Nordeste, seguido da região Norte. Os maiores percentuais concentram-se respectivamente no Sudeste e Sul da federação brasileira.

Tabela 6.10 - Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram Papanicolau nos últimos 3 anos por região – 2003, 2008, 2013.

Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram Papanicolau nos últimos 3 anos			
Abrangência Geográfica:	2003	2008	2013
Norte	69.8	76.9	66.7

Continua

Conclusão

Tabela 6.10 - Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram Papanicolau nos últimos 3 anos por região – 2003, 2008, 2013.

Nordeste	65.8	73.1	65.8
Sudeste	76.5	81.3	73.6
Sul	74.8	79.6	73.1
Centro-Oeste	75.2	78.5	70.9
Brasil	73.1	78.4	70.8

Fonte: Proadess, PNAD, PNS (2014)

Entretanto, relativo à realização da mamografia se constatou um quadro de pequeno aumento percentual a cada período de coleta dos dados, conforme tabela 6.11. Somente Sul e Sudeste igualaram e/ou ultrapassaram o percentual médio nacional de respectivamente 46.0 (2003), 54.2 (2008) e 60.0 (2013), as demais regiões não atingiram, sequer, a média nacional.

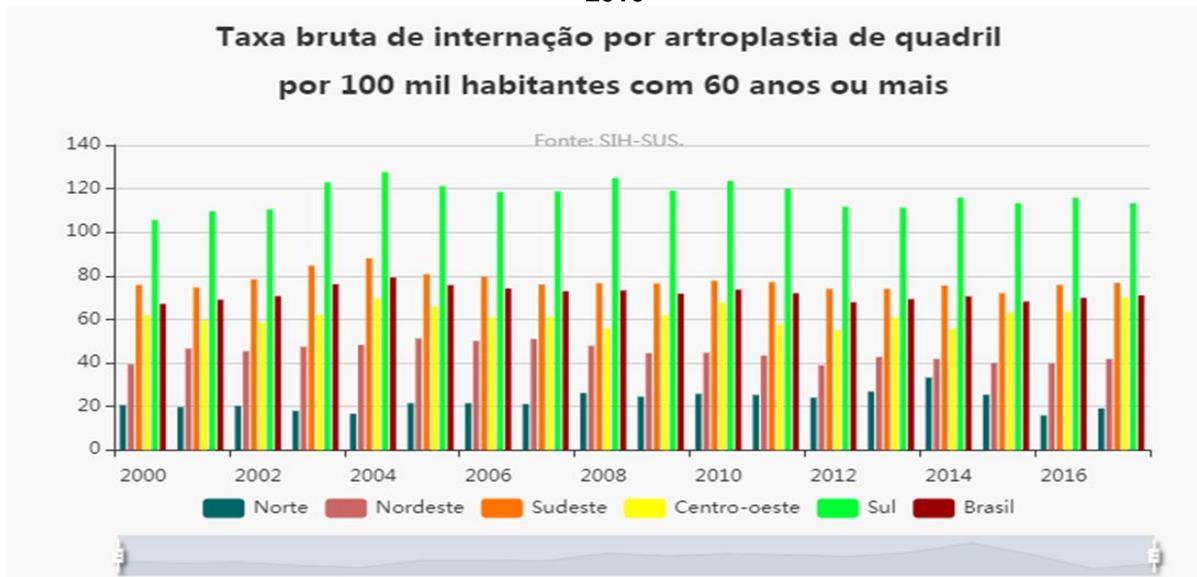
Tabela 6.11 - Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos 2 anos por região – 2003, 2008, 2013.

Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos 2 anos			
Abrangência Geográfica:	2003	2008	2013
Norte	30.3	35.3	38.7
Nordeste	30.0	39.8	47.9
Sudeste	56.0	63.8	67.9
Sul	44.8	55.1	64.5
Centro-Oeste	47.7	52.4	55.6
Brasil	46.0	54.2	60.0

Fonte: Proadess, PNAD, PNS (2014)

Referenciado nos indicadores do PROADESS, que buscou informações disponibilizadas no SIH-SUS, tocante à cirurgia de colocação de prótese total ou parcial de quadril em idosos, na figura 3 é possível verificar que o Sul, disparadamente obteve maior taxa de internação por artroplastia do quadril e a região Norte repete a pior colocação.

Figura 3 – Taxa bruta de internação por artroplastia de quadril em idosos por região – 2000 a 2016



Fonte: Proadess, SIH-SUS (2017)

Ainda, na tabela 6.12 sobre acesso a procedimentos cirúrgicos, a taxa de realização de cirurgias para correção de catarata não segue padrões de crescimento ou decréscimo. Sul e Sudeste em toda a aferição apresentaram as menores taxas, inclusive abaixo da média do país.

Tabela 6.12 - Taxa bruta de cirurgias de catarata por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais no período entre 2005 e 2015 por região

Região	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	3.4	5.7	4.9	584.5	580.9	700.7	1385.7	1118.1	1254.2	777.4	653.9
Nordeste	36.9	70.8	58.4	539.1	779.5	897.2	921.2	1012.0	1022.1	980.1	689.6
Sudeste	37.1	53.0	59.5	369.1	393.0	413.1	523.8	541.5	666.8	694.4	615.3
Sul	3.7	7.5	5.7	341.5	429.8	385.8	413.8	451.7	516.3	615.5	627.6
Centro-Oeste	7.6	7.3	18.0	560.4	606.4	507.9	557.0	601.9	573.1	1231.3	763.3
Brasil	27.8	44.3	44.6	431.9	519.7	551.4	657.9	682.0	759.5	795.2	648.5

Fonte: Proadess, SIH-SUS, SIA (2017)

Em análise na tabela 6.13 das taxas de angioplastia realizadas entre 2005 e 2015, Norte e Nordeste estão, de maneira expressiva, abaixo das taxas médias a nível de Brasil, enquanto que o Sul se encontra bem à frente de todas as demais.

Tabela 6.13 - Taxa de angioplastia por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais, por região – 2005 a 2015

Taxa de angioplastia por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais											
Abrangência Geográfica:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	6.9	9.6	11.9	17.9	20.0	17.6	20.5	23.8	23.2	23.1	23.1
Nordeste	15.5	15.7	17.0	23.3	24.6	25.4	27.8	29.7	30.4	32.1	32.5
Sudeste	29.1	31.3	31.8	38.7	43.1	46.0	48.8	51.2	50.3	50.6	48.4
Sul	58.0	64.4	61.5	75.9	77.6	79.1	80.6	83.5	85.9	87.0	86.2
Centro-Oeste	18.3	20.1	19.2	24.9	28.7	37.6	40.8	42.5	46.0	50.6	51.7
Brasil	28.5	30.9	31.1	38.9	41.9	44.2	46.7	49.1	49.4	50.5	49.5

Fonte: Proadess, SIH-SUS (2017)

Além destes indicadores, outros tantos poderiam ter sido lançados para desvendar a realidade do acesso em saúde no país. Entretanto aqueles aqui elucidados ofereceram uma gama de informações relevantes e suficientes para a construção e obtenção do produto/ objeto da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Foram computadas inúmeras disparidades nos indicadores de acesso que ganham materialidade na medida em que causam reflexos na vida das pessoas. Acesso não está relacionado apenas ao simples fato da existência de determinado serviço, mas na capacidade da população usuária, de fato, conseguir ir e vir no sistema, procurar e conseguir utilizar este atendimento e ou poder ser buscada pelas equipes (JESUS; ASSIS, 2010). Implementar o cuidado em saúde implica também em identificar e criar condições para que o público-alvo a que se destina possa transpor os atravessamentos para uso deste.

Ao observar os resultados da PNS -Pesquisa Nacional em saúde, que ocorre quinquenalmente, se constata que, quanto maior o número de profissionais da Medicina, maior será o percentual de consultas a que os usuários terão acesso. E, esse percentual apresentou considerável evolução na progressão de anos da pesquisa, mas Norte e Nordeste permanecem apresentando as piores estatísticas. Norte não chegou ao mínimo de 1 médico para cada 1.000 (mil) habitantes, que seria o mínimo recomendável internacionalmente (DATASUS, 2010).

De maneira geral, neste percentual o país está atrás de nações da União Europeia, Austrália, Argentina e Uruguai, segundo divulgação do Pacto Nacional pela Saúde (MS, 2013).

De modo complementar, observa-se que os percentuais de população atendida por profissional médico, nos últimos 12 meses, praticamente seguem uma repetição de posições em comparativo entre regiões, onde Sudeste está na melhor colocação e Norte e Nordeste apresentam os piores resultados, respectivamente.

Outro aspecto a ser averiguado na busca pela síntese do acesso à saúde no Brasil é cobertura da Atenção Básica. Dados mais recentes, acerca da cobertura deste nível da atenção, podem ser obtidos por meio do canal eletrônico do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por unidade da Federação.

Considerado o ano de 2013, relativo à inclusão do indivíduo/domicílio nos cuidados primários em saúde, que é o gerador de seu referenciamento aos serviços e, onde se abre o campo para a construção do vínculo profissional – usuário (SILVA; ROMANO, 2015). Os melhores coeficientes foram localizados nas regiões Nordeste

e Sul e os menores coeficientes de cadastramento foram obtidos no Norte e Sudeste.

Ainda, ao observar o cenário em que domicílios recebem o atendimento domiciliar, após o referenciamento junto aos equipamentos e/ou equipes, Nordeste e Centro-Oeste têm os coeficientes mais baixos; do lado oposto estão Sul e Sudeste. Vale ressaltar que, apesar de Nordeste cadastrar um número de domicílios acima das demais regiões, não consegue garantir atendimento pós-referenciamento.

Os insucessos ou êxitos de uma equipe, de um programa ou serviço sempre trazem consequências a um sistema interdisciplinar e interconectado como o SUS, inerente ao nível de complexidade a que se refere (CAMPOS, 2003).

A população idosa, um dos grupos prioritários desta política pública, é exemplo do produto da sinergia dos atores da saúde no país. Ao se debruçar sobre o setor de imunizações, mais especificamente à vacinação contra influenza em idosos, se encontram inconstâncias que são notáveis pelos percentuais. No entanto, Centro-Oeste e Norte surpreendem ao revelar os mais altos percentuais de vacinação, enquanto Sudeste ocupa a última colocação.

Sobre esta faixa etária, foi comparado também a taxa bruta de artroplastia de quadril, onde a região Sul está, incontestavelmente, muito à frente das demais e norte, inegavelmente atrás.

Quando o paciente não tem acesso ao cuidado em saúde necessário, principalmente ao que está ligado à promoção e prevenção da saúde e seu bem estar, que está atrelado a fatores particulares, sociais, culturais, econômicos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e normalmente também à Atenção Primária, os agravos necessitam de atendimento nos demais níveis de complexidade.

Isso irá, a partir dessa consequência, requerer equipamentos diagnósticos de alta tecnologia (mamógrafos, tomógrafos, ultrassom com *doppler* colorido, raio x para densitometria óssea). Nesse cenário, o Norte, em especial, se encontra em situação de maior desfavorecimento quando confrontado com outras regiões, mas o desequilíbrio na distribuição desses equipamentos de alta tecnologia pode ser constatado em todo o território nacional. Na maioria das vezes, não obedecendo sequer a devida proporcionalidade exigida pela densidade demográfica ou os aspectos epidemiológicos e sanitários da população daquele território.

Sobre o número de estabelecimentos de saúde, este “acompanha” a população, em que as regiões mais populosas possuem maior número destes

espaços e vice-versa, sejam eles ambulatoriais, de média ou alta complexidade; a exceção da região Norte que ocupou a última colocação, atrás do Centro-Oeste que é a detentora da menor densidade demográfica.

A existência desses estabelecimentos de saúde e equipamentos na rede SUS – e em operação, acaba por influenciar em outros indicadores. No que diz respeito à saúde da mulher se apura que, com base em dados obtidos por meio da PNAD e PNS que são aferidos a cada 5 (cinco) anos, a realidade revela um preocupante decréscimo no que tange o acompanhamento preventivo. Em todas as regiões houve redução no percentual de mulheres que tenham feito o exame Papanicolau em relação ao primeiro período visualizado.

Quanto à mamografia, Sudeste é detentor do melhor percentual de realizações deste exame seguido pelo Sul. A região Norte aparece com o pior desempenho. Seu percentual de atendimento é pouco mais que a metade do que o Sudeste realiza.

Baseado no relatório PROADESS (2011), se usou o número de partos hospitalares como forma de identificar acesso a cuidados de maior complexidade. Para isso indica que ao interpretar se considerasse que os dados obtidos medem a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos e, que o número de nascidos vivos é utilizado como estimativa do total de partos. Centro-Oeste obteve o menor número deste procedimento no período tabulado, enquanto Sudeste contou com o mais expressivo.

Isso era de se esperar se for considerada a demografia dessas regiões, sendo a primeira possuidora do menor número de habitantes e a segunda a mais populosa (IBGE, 2019). Além disso, esse indicador pode sofrer interferências por situações diversas, por questões de disponibilidade de infraestrutura, pela presença de programas de assistência e prevenção, por fatores culturais, socioeconômicos e geográficos (PROADESS, 2011) e aumento ou diminuição desses índices estão também intimamente relacionados à disponibilidade de estruturas capazes de prestar esse tipo de atendimento

Concernente a procedimentos cirúrgicos, as melhores taxas de realização de cirurgia de catarata são expressas, surpreendentemente, por Centro-Oeste e Nordeste e a melhor por Sudeste. Enquanto as taxas de angioplastia sofreram aumento progressivo no período observado, com ressalvas para Sul e Sudeste que apresentaram, no último ano da coleta de dados, sensível redução.

Logo, é consenso que ainda perduram imensas desigualdades no acesso à saúde entre as regiões brasileiras. Continuam o Sudeste e o Sul que apresentam melhores indicativos nos indicadores aferidos. Norte é a que se encontra mais distante de garantir um acesso universal tal qual preconizado na legislação do Brasil.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imperativo para a construção do acesso universal em saúde que os resultados de pesquisas, como esta, sejam publicizados e que trabalhadores, usuários e, principalmente gestores tenham a possibilidade de fazer uso desses dados para orientar a prática cotidiana do cuidado em saúde (auto ou hétero), o planejamento, a avaliação das ações desta política pública.

Conhecer as diferenças entre as regiões, respeitando a pluralidade de existências, mas igualmente percebendo gargalos e fragilidades de cada uma permite traçar estratégias de enfrentamento e superação desses obstáculos e mais, possibilita um horizonte mais equânime para a saúde brasileira, em que se construa melhorias para todas as regiões do Brasil, equiparando Norte e Nordeste, que hoje são as menos validas às conquistas já experimentadas pelos demais territórios.

Em resumo, na análise realizada, obedecendo a esses indicadores, se constatou que a região Norte apareceu por 10 (dez) vezes como a que obteve os piores resultados e mais duas como a segunda pior, além de não obter o melhor em nenhum dado observado. Do lado oposto, Sudeste foi visualizada por 07 (sete) vezes como a região com melhores índices e percentuais de acesso.

Sul esteve por 03 (três) vezes na melhor posição e 06 (seis) vezes na segunda ocupação e não foi apontada como pior em nenhum indicador utilizado. Já Nordeste teve a melhor avaliação em dois quesitos e segunda melhor em quatro; o pior resultado em um indicador e a segunda pior em cinco outros. Centro-Oeste foi melhor em três, o segundo melhor em uma categoria de análise; foi o pior uma única vez e o segundo pior 04 (quatro) vezes.

As flutuações verificadas por meio dos indicadores utilizados demonstram diversas disparidades regionais, que não são desejáveis do ponto de vista de um sistema unificado em todo o território nacional.

Entretanto, cabe pontuar que esta pesquisa também permitiu a constatação de que para o planejamento é imprescindível que os gestores realizem a busca de indicadores, respeitando o território no qual está inserido (macro e micro), visto que mesmo dentro das 5 (cinco) Grandes Regiões Brasileiras há heterogeneidade no acesso.

Ela própria – a pesquisa, deixa incógnitas ao leitor; questionamentos que podem ser respondidos somente com uma outra pesquisa. Os porquês envolvidos nas incongruências dentro de uma mesma região, o motivo de apresentar excelente acesso em determinado indicador e o pior índice em outro.

Isso sim, essa e outras investigações científicas permitirão ao SUS sua renovação, sua modernização, sua ampliação, bem como indicar e cobrar as responsabilidades e exigir o comprometimento dos entes federados e de todos os atores constitutivos desse sistema, a fim de fortalecer a saúde pública e garantir a qualidade, continuidade e integralidade do cuidado ofertado aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Projeto Multiplica SUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Ministério da Saúde, Brasília: 2ed., 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.
- ANDERSEN, Ronald m. Revisitando o Modelo Comportamental e Acesso à Assistência Médica: Isso importa? Revista de Saúde e Comportamento Social Vol. 36, n° 1 (março de 1995), p. 1-10. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2137284>. Acesso em: 07 dez. 2018.
- ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. Revista Bioética; Vol. 18, nº 1, p. 61 – 74, 2010. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/536/522. Acesso em: 11 mar. 2019.
- ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. A pesquisa científica em saúde: concepção e execução. Caderno de Estudo: Metodologia científica I. Campo Grande, 4. ed., 2011. Disponível em: <http://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/66/2015/05/dologia-4-edicao-2011.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.
- BANDEIRA, Marina. Tipos de Pesquisa. Disciplina: Modelos de Investigação e Produção em Psicologia, Departamento de Psicologia – FUNREI. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/texto%20b%20-%20TIPOS%20DE%20PESQUISA.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo de. Organização e funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. Disponível em: https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/2468563/mod_resource/content/1/OrganizacaoFuncionamentoSUS_GSLivro.pdf. Acesso em: 07 fev. 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), 2018. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 21 mai.2019.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 09 mai. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde – Mais Médicos, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS. 2010. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqe01.htm>. Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde? Brasília, 2007. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 30 mai. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas, Secretaria Executiva – Brasília, 2000. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 jan. 2019.

BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf. Acesso em: 30 out. 2018.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 8, nº 2, p. 569-584. 2003. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2003.v8n2/569-584/pt>. Acesso em: 22 mai. 2019.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A implantação do sistema único de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1999. Disponível em:
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 01 nov.2018.

DAVID, Grazielle Custódio; SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Everton Nunes da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Revista Saúde em Debate*, Rio De Janeiro, Vol. 39, nº. Especial, p. 232-245, dez 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/232-245/pt>. Acesso em: 02 dez.2018.

DIAS, Lidiane Nazaré da Silva. Fatores Associados ao Desperdício de Recursos da Saúde Repassados pela União aos Municípios Auditados pela Controladoria Geral da União. *Revista Cont. Fin. – USP*, São Paulo, Vol. 24, nº 63, set./out./nov./dez,

2013. ISSN 1808-057X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcf/v24n63/04.pdf>. Acesso em: 20 ago.2018.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University, 1973. Disponível em: <https://archive.org/details/aspectsofmedical00dona/page/n15>. Acesso em: 20 mai. 2019.

EIBENSCHUTZ, Catalina org. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

FILHO, Paulo Faveret; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde in Planejamento e Políticas Públicas, p. 139 – 161, 1990. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/PPP_n3_Universaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf. Acesso em: 17 mai. 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>. Acesso em: 15 nov.2018.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. ALMEIDA, Carlos Podalirio Borges de. Controle sanitário em serviços de saúde: uma dimensão da universalidade. Rev. salud pública, Bogotá, vol.19, nº 2, Mar./Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000200215. Acesso em: 02 set. 2018.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol. 16, nº 1, p. 231-239, jan-mar, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010, Características da população e dos domicílios - Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 28 ago. 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão Regional. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100600.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

IPEA. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 09 mai. 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicado nº 129/2012: Presença do Estado no Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120110_comunicadoi pea129.pdf. Acesso em; 09 mai. 2018.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores socioeconômicos na gestão. Rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 3.ed. 2014. Disponível em: https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/2659942/mod_resource/content/0/Apostila.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 15, nº 1, ISSN 1413-8123, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 17, nº 1, ISSN 1413-8123, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/v17n1a02.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2018.

JÚNIOR, José Patrício Bispo; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas Relações com o Sistema de Saúde Brasileiro. Revista Saúde Com. Fortaleza, Vol. 1, ed. 1, 2005. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a10.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Vol. 25, nº2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2018.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Por que Pesquisa em Saúde? Revista Latino-Americana de Enfermagem, maio-junho; Vol.16, nº 3, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_01.pdf. Acesso em: 17 set. 2018.

LIMA, Maria Helena Palmer org. Divisão territorial brasileira, IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. Disponível em: http://www.ipeadata.gov.br/doc/divisaoterritorialbrasileira_ibge.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

MARQUES, Rômulo. Geografia do Brasil: a formação territorial do Brasil. UniENEM/PIAP – 2017. Disponível em: <http://www2.unifap.br/piap/files/2017/03/Geografia-do-Brasil.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, Vol. 24, nº 3, p. 541-544, jul-set 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v24n3/v24n3a20.pdf>. Acesso em: 07 fev.2019.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Rio de Janeiro, Vol.13, supl.1, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>. Acesso em: 08 set.2018.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro. Vol.19, nº 4, p.1219-1239, out.-dez. 2012. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/677>. Acesso em: 21 fev. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, Vol. 21, nº 1, jan.-mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa (online). Melhoramentos, 2015. ISBN: 978-85-06-04024-9. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/universalidade/>. Acesso em: 24 fev. 2019.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impr.), São Paulo, Vol.12, nº 3, 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300005&lng=pt&nrm=iso=pt. Acesso em: 02 dez. 2018.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra/CHE, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf?sequence=26. Acesso em: 17 mai. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6094/1/PAIM.%201998.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2019.

PEITER, Caroline Cechine; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema

Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, Vol. 40, nº 111, p. 63-73, out-dez, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2016.v40n111/63-73/pt>. Acesso em: 01 mar. 2019.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – Ripsa, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2 ed. 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Módulo Político Gestor. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://moodle.ufrgs.br/mod/resource/view.php?id=1471511>. Acesso em: 02 dez. de 2018.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 11, nº 4, Publicado: 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2006.v11n4/1011-1022/pt>. Acesso em: 30 nov. 2018.

ROSA, Roger dos Santos. Desafios para o financiamento da saúde com a PEC 55. *Revista Adverso*, Porto Alegre, ed. 223, nov-dez 2016. Disponível em: <http://www.portaladverso.com.br/colunista/134/desafios-para-o-financiamento-da-saude-com-a-pec-55>. Acesso em: 30 ago. 2018.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamerica Salud Publica*. 2012; Vol.31, nº 3, p.260–8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/#>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Princípio da universalidade. Tomo Direito Administrativo e Constitucional, Edição 1, Abril de 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/77/edicao-1/principio-da-universalidade>. Acesso em: 11 mar.2019.

SILVA, Tarciso Feijó da; ROMANO, Valéria Ferreira. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, Vol. 39, nº 105, p.363-374, abr-jun 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39n105/363-374/pt>. Acesso em: 22 mai. 2019.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições

da sua negação como direito de todos. Revista Katálysis., Florianópolis, Vol. 17, nº 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 19, nº 4, p.1283-1293, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000401283&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 07 fev. 2019.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, Vol.19, nº 3, p.509-517, 2010. Disponível em: https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/2396738/mod_resource/content/1/Souza%20e%20Costa%20%282010%29.pdf. Acesso em: 27 out. 2018.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lang=pt. Acesso em: 15 nov. 2018.

TRZESNIAK, Piotr. Indicadores quantitativos: reflexões que antecedem seu estabelecimento. Ci. Inf. Brasília, Vol. 27, nº 2, p. 159-164, maio/ago, 1998. Disponível em: https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/2658221/mod_resource/content/0/Artigo%201%20-%20Trzesniak.pdf. Acesso em: 14 jan. 2019.

VALE, Luís António Malheiro Meneses de. Sobre o sentido jurídico do acesso aos bens sociais fundamentais: a 'jurisprudência doutrinal' da ONU em matéria de saúde. E-cadernos CES [Online], Vol.15 | 2012. ISSN: 1647-0737. Disponível em: <https://journals.openedition.org/eces/971>. Acesso em: 10 fev. 2019.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Revista Saúde Soc. São Paulo, Vol. 24, nº 1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 18, nº 1, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019. Acesso em: 30 out. 2018.

APÊNDICE

ANEXO A - CRONOGRAMA

MÊS/ANO/ETAPAS	2018	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19
Escolha do tema	X						
Levantamento bibliográfico	X						
Elaboração do projeto	X						
Coleta de dados		X	X				
Análise dos dados			X	X			
Organização do roteiro/partes			X	X	X		
Redação do trabalho					X	X	
Revisão e redação final						X	
Entrega e defesa do TCC							X