

# ACESSO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Access and regionalization in health: analysis of a medium complexity walk-in care service

Marcélia Guimarães Paiva<sup>1</sup>, Auta Iselina Stephan-Souza<sup>2</sup>,  
Maria Teresa Bustamante-Teixeira<sup>3</sup>, Júlio Maria Fonseca Chebli<sup>4</sup>

## RESUMO

Este artigo avalia o Serviço de Doenças Intestinais Inflamatórias do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, responsável pelo tratamento dos pacientes portadores de doença de Crohn ou de retocolite ulcerativa, em relação às normas que determinam a regionalização da assistência à saúde para identificar os limites e possibilidades do acesso e a caracterização dos usuários que, em face às peculiaridades da doença, são orientados para o atendimento fora dos padrões regulamentados no Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais. A situação diferenciada é o foco deste estudo, considerando-se o processo de contratualização entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Universitário.

**PALAVRAS-CHAVE:** Regionalização. Acesso aos serviços de saúde. Sistemas de Saúde. Doença de Crohn.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é um desdobramento da pesquisa *Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais*. Com base nos estudos epidemiológicos, foi examinado o Serviço de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) para ampliar a compreensão sobre as peculiaridades

## ABSTRACT

This article assesses the Inflammatory Intestinal Diseases Unit of the Federal University of Juiz de Fora Hospital, which is responsible for the care of patients with Crohn's disease or ulcerative rectocolitis, as concerns adherence to the norms regulating the regionalization of health care, in order to identify access limitations and possibilities, and to characterize users who, owing to the peculiarities of the aforementioned diseases, are advised to seek care beyond the patterns standardized by the Regionalization Management Plan of the Minas Gerais state. This particular situation, taking into account the agreement process between the Municipal Health Authority and the University Hospital, is the focus of the study.

**KEYWORDS:** Regional Health Planning. Health Services Accessibility. Health Systems. Crohn Disease.

deste ambulatório e de como este se comporta segundo a orientação do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG).

Em saúde, os objetivos da criação da região são: ter melhor qualidade com menor custo, apresentar maior equidade no acesso e alcançar otimização dos recursos. A regulação do acesso permite que todos tenham, conforme suas necessidades, o atendimento de suas demandas. No entanto, o processo de descentralização pode trazer um

<sup>1</sup> Marcélia Guimarães Paiva, Analista de Sistemas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Especialista em Pesquisa e Planejamento em Saúde Coletiva. E-mail: marcelia.guimaraes@ufjf.edu.br

<sup>2</sup> Auta Iselina Stephan-Souza, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

<sup>3</sup> Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Médica, docente da UFJF e doutora- IMS/UERJ

<sup>4</sup> Júlio Maria Fonseca Chebli, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05

impacto negativo ao acesso dos usuários à saúde, pois “[...] o aumento da resolatividade e a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade se colocam como desafio”.<sup>1:452</sup> A atenção básica possui baixa resolatividade, e a concentração de média e alta complexidade em alguns municípios ou inexistência em diversos estados prejudica o acesso.<sup>1</sup>

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento que ordena o processo de regionalização em cada unidade da federação. O PDR/MG dividiu o Estado em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde.<sup>2</sup> Juiz de Fora é polo assistencial em saúde da Macrorregião Sudeste de Minas e esse município polo macro e microrregional conta com uma ampla rede ambulatorial e hospitalar, constituindo-se em referência para procedimentos de média e alta complexidade para cerca de 160 municípios.

A regionalização, como diretriz de planejamento dessa descentralização contida no PDR/MG, não leva em consideração as relações históricas e culturais que os usuários têm com localidades para as quais se dirigem em busca de atendimento, apesar da orientação oficial de que é preciso assegurar ao “[...] cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz”.<sup>3</sup>

Mesmo não sendo oficialmente permitido, o atendimento a pessoas de fora da região predeterminada no PDR/MG acontece através de informações incorretas sobre endereços de residência e outros dispositivos, onerando sobremaneira o financiamento local da saúde e desorganizando o acesso, principalmente nas cidades que atraem esta população flutuante de outras regiões do Estado e até de outros estados. Não existe pactuação interestadual para organizar o acesso dos usuários dos municípios limítrofes. Continuam a ocorrer arranjos entre gestores de municípios mineiros com os de municípios fluminenses que facilitam o acesso aos serviços de saúde de Juiz de Fora.

A organização e o planejamento do PDR e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) não contemplam os fluxos naturais e culturais dos usuários que têm a cidade de Juiz de Fora como polo de referência à saúde. Entende-se que esses usuários se movem em um espaço social que possui como determinantes “[...] complexos processos interativos”<sup>4:15</sup> e que as políticas que circunscrevem a assistência à saúde não impedem as pessoas de usufruir suas redes sociais para acessar um recurso restrito.

Observando as práticas de atendimento, percebemos que, no DII, acontece uma flexibilização nas rotinas, nas quais se garante acesso a pacientes residentes para além dos limites da regionalização contida no PDR/MG. Esta

situação peculiar é a razão de focalizarmos o DII como objeto de análise. Os dados coletados em pesquisa de campo propiciaram discussões no grupo de pesquisa, com o objetivo de identificar no DII os “pontos de fuga (ou de abertura)” que permitiram atendimentos e cuidados aos pacientes em procedimentos que ultrapassam a diretriz de regionalização do PDR/MG.

## MÉTODOS

Para efetuar o estudo sobre o processo de regionalização, focalizamos o DII, face à situação peculiar de não observância dos limites impostos ao PDR/MG, no tocante ao fluxo dos usuários, pois recebe usuários tanto das diversas regiões do Estado de Minas Gerais como de outros estados, principalmente o Estado do Rio de Janeiro, e por ser este ambulatorio reconhecido por usuários e profissionais pela qualidade dos serviços prestados.

Adotamos para realizá-lo a abordagem epidemiológica que, segundo Barros<sup>5</sup>, não estuda populações em abstrato, mas seres humanos integrados em sociedades reguladas por leis que demarcam as potencialidades biológicas individuais, fortemente penetradas pela dimensão do social. Trata-se de um estudo descritivo, visando identificar as características dos pacientes do DII, cujos problemas de saúde se expressam em necessidades e demandas no HU e no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como os fatores que determinam a procura pelo Serviço.

Foram entrevistados por meio de questionário estruturado 93 pacientes (cadastrados ou que utilizaram o DII) entre os meses de dezembro/2006 a julho/2007, na sala de espera do segundo andar do Ambulatório Geral do HU e, após maio de 2007, na sala de espera do ambulatório do Centro de Atenção à Saúde (CAS), um prédio onde estão instalados os serviços ambulatoriais do HU.<sup>6</sup>

Esse questionário foi aplicado por docentes, funcionários, residentes e bolsistas de pesquisa das áreas de Geografia e de Enfermagem da UFJF. Foram utilizados dados coletados a partir dos prontuários e o banco de dados administrativos do HU. Os dados foram digitados e analisados utilizando-se o programa Epi Info.<sup>7</sup>

Os entrevistados foram esclarecidos quanto ao sigilo dos dados pessoais, a confidencialidade das informações e foi garantido a eles o direito de participar ou não da entrevista.

Este estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o protocolo CEP-UFJF: 926.223.2006, e aprovado em outubro de 2006 (Parecer n. 310/2006).

## RESULTADOS

Entre os 93 entrevistados, 54 declararam que têm a doença de Crohn, 31 têm retocolite ulcerativa e oito ainda não possuem diagnóstico definitivo. Em relação ao tempo em que já conhecem o diagnóstico, para 41 pacientes, ele foi feito há mais de um ano; para 37, entre um mês e um ano e, para outros sete, o diagnóstico foi feito há menos de um mês. A periodicidade das consultas foi mensal para 34% dos pacientes (Tabela 1). Vinte pacientes informaram que já foram atendidos em outros serviços ambulatoriais e treze já foram internados. Esses dados são importantes para se observar a capacidade de atenção integral do HU.

As consultas dos pacientes têm a seguinte frequência:

**Tabela 1** - Frequência das consultas dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

Frequência	Número de pacientes	%
Primeira consulta	5	5,38
Quinzenal	7	7,53
Mensal	36	38,70
Bimestral	22	23,66
Trimestral	17	18,28
Variável	6	6,45
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00</b>

Fonte: o autor

No HU foram realizadas 584.672 consultas em todas as especialidades, de janeiro de 2002 a julho de 2007. O Serviço de Gastroenterologia, neste mesmo período, realizou 11.308 consultas sendo 16% (1.849) relativas ao DII.

Na Tabela 2, são apresentadas algumas características autorreferidas dos pacientes do DII, comparadas às dos pacientes atendidos no HU, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007.

A autorreferência sobre raça/cor não difere da dos pacientes atendidos pelo Hospital, no período analisado, em qualquer setor/serviço. Também não difere de estudo recente que aponta o predomínio do acesso de mulheres da raça branca.<sup>8</sup>

Souza *et al.*<sup>8</sup> apontaram a presença de adultos jovens, e um outro estudo salientou o crescimento de atendimento dos casos entre crianças e adolescentes.<sup>9</sup> Na amostra do DII, 67% dos pacientes estão na faixa de 20 a 50 anos, como relatado por Souza *et al.*<sup>8</sup> e há oito indivíduos menores de 20 anos. A presença de crianças, adolescentes e adultos jovens na amostra é mais um desafio para a gestão, tendo em vista a necessidade de ações que contemplem as doenças crônicas nessas faixas etárias, especialmente a capacitação de profissionais da rede de atenção básica e a integração à

rede de média complexidade para atendimento de múltiplas demandas decorrentes das doenças desses pacientes.<sup>10</sup>

**Tabela 2** - Características dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

Características	Pacientes DII 93		Pacientes do HU 19.365*	
	N	%	N	%
<b>Estado civil</b>				
Casado	55	59,1	7.512	38,8
Solteiro	25	26,9	9.354	48,2
Viúvo	4	4,3	1.373	7,1
Outros	9	9,7	109	0,6
Não informado	-	0,0	1.017	5,3
<b>Idade</b>				
Até 19 anos	8	8,6	3.023	15,6
20 - 39 anos	34	36,6	4.804	24,8
40 - 59 anos	41	44,0	6.623	34,2
60 ou mais	10	10,8	4.485	23,2
Não informada	-	0,0	430	2,2
<b>Raça/cor</b>				
Branca	60	64,5	12.451	64,3
Parda	27	29,0	4.405	22,8
Preta	5	5,4	1.594	8,2
Não informada	1	1,1	915	4,7
<b>Sexo</b>				
Feminino	56	60,2	10.732	55,4
Masculino	37	39,8	7.912	40,9
Não informado	-	0,0	721	3,7
<b>Unidade da Federação de residência</b>				
Bahia	-	0,0	1	0,0
Espírito Santo	-	0,0	8	0,0
Minas Gerais	91	97,8	18.966	98,0
Rio de Janeiro	2	2,2	122	0,6
São Paulo	-	0,0	5	0,0
Não informada	-	0,0	263	1,4

Legenda: \* Pacientes que tiveram algum movimento no período da coleta, ou seja, de 01.12.2006 a 31.07.2007, devido à inclusão no cadastro, realização de exames ou consultas ambulatoriais, ou internação

Fonte: o autor

Entre os atendidos em todos os serviços do HU, no período da coleta, 79% dos pacientes informaram que são residentes em Juiz de Fora. Na amostra, são 52,7% (49). Os que se declaram residentes em Juiz de Fora estão dispersos em todas as zonas administrativas e também da zona rural, com predomínio de pacientes oriundos das regiões Noroeste (30,6%), Leste (22,4%) e Central (22,4%).

Como se pode ver na Tabela 3, a maioria dos pacientes reside em Juiz de Fora ou em cidades da Macrorregião Sudeste (89%). Há pacientes de todas as oito microrregiões da Macrorregião Sudeste, com exceção das Microrregiões Além Paraíba e Carangola. Apenas nove deles residem em

outros municípios mineiros em três macrorregiões vizinhas à Sudeste e dois residem no Estado do Rio de Janeiro (um paciente residente em Comendador Levy Gasparian e outro em Paraíba do Sul).

**Tabela 3** - Macro/microrregião do município de residência dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

Residência	Número de pacientes	
	N	%
<b>Macro Sudeste</b>		
Juiz de Fora	49	52,6
Micro Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	8	8,6
Micro Leopoldina/Cataguases	9	9,7
Micro Santos Dumont	3	3,2
Micro São João Nepomuceno/Bicas	3	3,2
Micro Muriaé	1	1,1
Micro Ubá	9	9,7
<b>Macro Centro Sul</b>	7	7,5
<b>Macro Leste do Sul</b>	1	1,1
<b>Macro Sul</b>	1	1,1
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	2	2,2
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Fonte: o autor

Além de Juiz de Fora, são esses os municípios mineiros de residência citados pelos pacientes: a) com um paciente residente: Aiuruoca, Capela Nova, Cataguases, Chiador, Divinésia, Guarani, Laranjal, Lima Duarte, Mar de Espanha, Mercês, Muriaé, Palma, Pedro Teixeira, Recreio, Santana de Cataguases, Santana do Garambéu, São João del-Rei, São João do Manhuaçu, Ubá; b) com dois pacientes residentes: Barbacena, Barroso, Dona Euzébia, Leopoldina, Piraúba, São João Nepomuceno, Simão Pereira; c) com três pacientes residentes: Matias Barbosa, Rio Pomba, Santos Dumont.

A escolaridade dos pacientes entrevistados é baixa, assim como sua renda. Três pacientes são analfabetos e três apenas leem e escrevem. A escolaridade de 49,5% é de Ensino Fundamental (completo ou incompleto), assim como das mães de duas crianças. Dois pacientes declararam que sua família não possui renda, enquanto 73% estão em famílias com renda de até três salários mínimos. A maioria dos entrevistados (82,7%) mora em residências com dois a cinco habitantes.

Além da escolaridade e renda, outro dado mostra a grande vulnerabilidade socioeconômica dos pacientes. Apenas 24,7% dos entrevistados são contribuintes da Previdência, embora 37,6% dos 93 pacientes declarem que têm vínculo empregatício. Na Tabela 4, há todas as categorias de situação previdenciária dos pacientes.

O setor privado depende fortemente do setor público, haja vista que 17 pacientes fizeram o diagnóstico em con-

sultório particular, e nove, dentre 23 pacientes que faziam tratamento anterior ao do HU, faziam-no em consultório particular. Essas observações referem-se exclusivamente àqueles pacientes que disseram claramente que tiveram seu diagnóstico ou se trataram em consultórios particulares e não a possíveis atendimentos particulares ou de planos de saúde realizados em hospitais.

**Tabela 4** - Situação previdenciária dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

Situação	Número de pacientes	
	N	%
Não informada/não se aplica	19	20,3
Aposentado	14	15,1
Autônomo, não contribuinte	2	2,2
Recebe Auxílio-Doença	13	14,0
Recebe Bolsa Família	1	1,1
É contribuinte	23	24,7
Não é contribuinte	15	16,1
É pensionista	4	4,3
Em gozo de Seguro-Desemprego	2	2,2
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Fonte: o autor

A Tabela 5 relaciona as profissões dos pacientes da amostra agrupadas. A ocupação mais comum é a de dona de casa. Em seguida, a de pedreiro ou outro tipo de trabalhador braçal.

**Tabela 5** - Ocupação dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

Grupo de profissões	Número de pacientes	
	N	%
Profissionais de nível superior	5	5,4
Profissionais técnicos	3	3,2
Agentes administrativos/de escritório	10	10,8
Comerciantes	6	6,5
Costureiros	8	8,6
Trabalhadores de outros serviços urbanos	8	8,6
Metalúrgico	1	1,1
Pedreiros/trabalhadores braçais	13	14,0
Trabalhadores em agropecuária	6	6,5
Donas de casa	15	16,0
Empregados domésticos	8	8,6
Dependentes econômicos	3	3,2
Estudantes	7	7,5
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Fonte: o autor

Para os 24 pacientes que disseram que são clientes de plano de saúde, a cobertura oferecida é, principalmente, para apenas consultas (sete casos), consultas e exames (sete casos) e consultas, exames e internações (nove casos) em vários dos planos disponíveis no mercado.

Entre os 69 pacientes que não possuem plano de saúde, 21 afirmaram que já tiveram e, entre esses, 18 informaram que abandonaram o plano de saúde devido à falta de recursos ou à demissão da empresa responsável pelo pagamento/oferecimento.

Os pacientes fazem uso de diversos medicamentos (imunossupressores, antidepressivos, ansiolíticos, analgésicos, hormônios tiroidianos, espasmolíticos, antianêmicos) devido a outros problemas de saúde, aos sintomas das doenças e aos efeitos colaterais. Esses medicamentos são recebidos gratuitamente de programas estaduais de fornecimento de medicamentos excepcionais: 61 pacientes relataram que recebem integralmente e 14, parcialmente, como se pode ver na Tabela 6. Há três pacientes com ação na Justiça para ter ou manter o direito de receber o medicamento de forma gratuita.

**Tabela 6** - Recebimento de medicamento pelos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

Gratuidade	Número de pacientes	
	N	%
Sim	61	65,5
Recebimento ocasional	14	15,1
Não	5	5,4
Paciente está na primeira consulta	11	11,8
Não informado	2	2,2
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Fonte: o autor

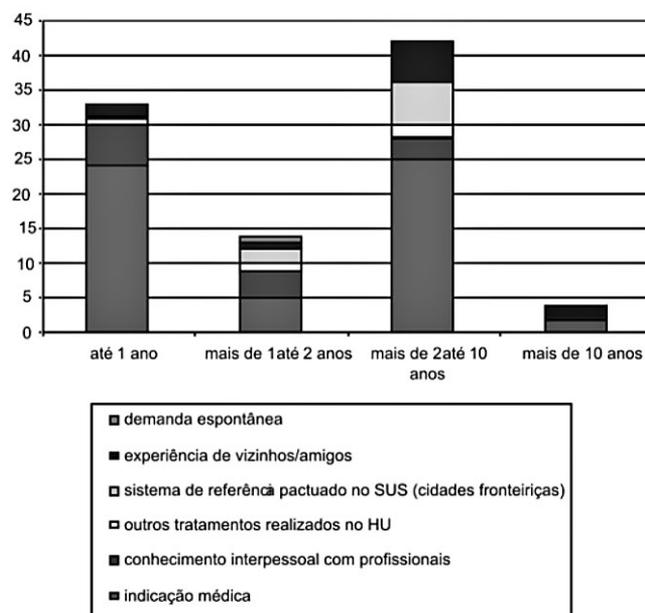
Embora 75 pacientes deveriam ter o Cartão SUS para receber esses medicamentos gratuitos, 18 deles declararam não o possuírem e 11 não portavam o documento na ocasião da entrevista. No HU, nem sempre há exigência do Cartão SUS para atendimento.

Na consulta realizada no banco de dados do Cartão SUS, foram encontrados os cadastros de 64 pacientes, nos quais existem 25 divergências entre os dados registrados no banco de dados do HU, no Cartão SUS e nos questionários, especialmente no que tange aos sobrenomes do paciente e da mãe. Em dois casos, o município de residência diverge do informado pelo paciente na entrevista. Apenas 30 Cartões são de Juiz de Fora. Dezoito pacientes possuem dois cadastros, um possui três cadastros e um outro, quatro cadastros. Esses cadastros duplicados geralmente foram feitos na mesma cidade. É como se o paciente fizesse um Cartão especialmente para receber medicamentos. Isso é sinal da baixa implantação do Cartão SUS em Juiz de Fora e região - apenas em Juiz de Fora, há 140 mil Cartões não digitados até 26.11.2007, segundo o setor responsável pelo cadastramento.

O que se observa é que o sistema do Cartão SUS está sendo usado apenas para a regulação do acesso sem uma perspectiva de atender aos seus objetivos assistenciais e gerenciais<sup>11</sup> e se tornar um “[...] instrumento importantíssimo para a instituição de sistemas integrados de informação e, dessa forma, [...] pavimentar o caminho para a implantação dos sistemas integrados de serviços de saúde”.<sup>12:143</sup>

A indicação médica é a maneira mais comum de o paciente tomar conhecimento da existência do DII. No gráfico 1, a seguir, é mostrado que, independentemente do tempo de tratamento, o contato com um médico é a principal forma pela qual os pacientes da amostra tomaram conhecimento desse serviço de média complexidade.

**Gráfico 1** - Forma de conhecimento sobre o Serviço segundo tempo de tratamento dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG

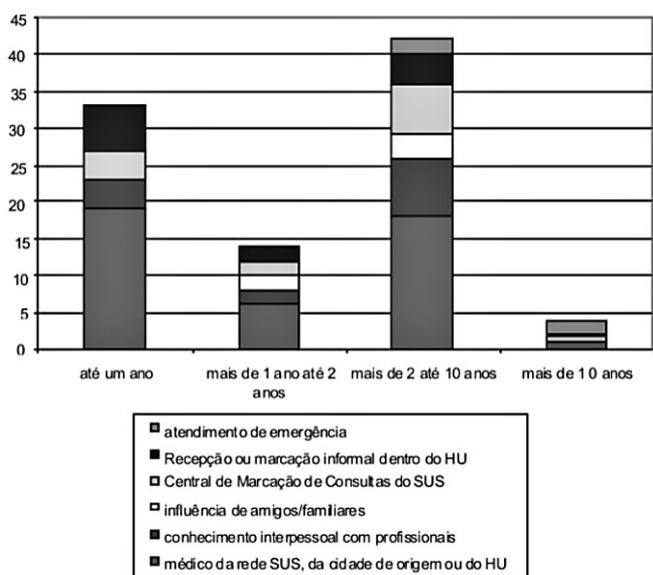


Ainda no Gráfico 1, ao levar-se em consideração que a categoria “conhecimento interpessoal com profissionais” pode significar relações com um profissional médico, assim como as categorias “outros tratamentos realizados no HU” e “sistema de referência pactuado no SUS (cidades fronteiriças)” envolvem, quase sempre, um médico, tem-se que o médico é, prioritariamente, a fonte de informação dos usuários.

O que se pretende frisar é que as situações não são excludentes. O relacionamento entre médicos, que têm seu próprio consultório e trabalham no HU ou na rede SUS, em Juiz de Fora ou nas cidades vizinhas, e as relações de amizade ou de conhecimento profissional entre pacientes e médicos e entre médicos e médicos conformam uma rede

em que os pontos mais fortes de conexão são, especialmente, esses profissionais (Gráfico 2). Em entrevista ao projeto Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, um gestor (ele próprio médico) de uma cidade vizinha declarou que tinha mais sucesso como médico do que como gestor em suas solicitações de serviços a instituições de Juiz de Fora. Essa circunstância se deve à importância de seus vínculos com Juiz de Fora, como ex-estudante e ex-residente, e com um hospital da cidade.

**Gráfico 2** - Forma como marcou a primeira consulta segundo o tempo de tratamento dos pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG



Fonte: o autor

Na amostra, 94,6% dos pacientes residiam, anteriormente ao tratamento, no Estado de Minas Gerais. Três residiam no Estado do Rio de Janeiro e dois, no de São Paulo. Os pacientes que não residiam em Juiz de Fora tiveram acesso ao seu primeiro atendimento da mesma maneira daqueles que já residiam na cidade, ou seja, principalmente, através de um médico, pela Central de Marcação de Consultas (CMC) ou por conhecimento interpessoal com um profissional.

O meio de transporte mais usado pelos entrevistados é o ônibus (52,7%), seguido do transporte da prefeitura (36,6%). O tempo gasto no percurso até o HU é de uma a três horas para 56% dos pacientes.

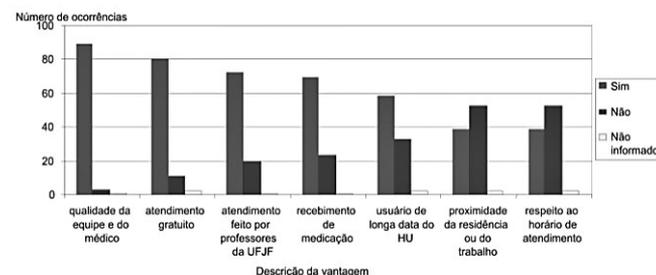
Num dos itens do questionário, as respostas dos pacientes da amostra indicam alto nível de satisfação com o atendimento no DII, numa avaliação que incluiu todos os profissionais do Serviço. Como alguns pacientes foram entrevistados em julho de 2007, logo após a transferência

do Ambulatório para as instalações do CAS, essas opiniões que expressam satisfação dizem respeito ao novo ambiente físico, como “limpinho”, “arrumadinho”, “ambiente em ordem”, “espetacular”, e não a possíveis mudanças em direção a uma melhor assistência.

Mas a qualidade da equipe e do médico é quase unanimidade quando se solicita que o paciente escolha as vantagens em ser atendido no DII. Essa posição confere com a avaliação extremamente positiva da atuação do médico.

Outras vantagens que foram apontadas são o atendimento gratuito (80 pacientes) e o atendimento feito pelos professores da UFJF (72 pacientes) (Gráfico 3). O medicamento gratuito representa uma economia de recurso financeiro para os pacientes e para o sistema de saúde, pois as internações têm diminuído<sup>13</sup>, e há impacto sobre a qualidade de vida e condições de saúde conforme relatado pelos pacientes que estão em esquema rotineiro de consultas.

**Gráfico 3** - Descrição de vantagens em ser atendido no Serviço segundo os pacientes do DII, no período de dezembro de 2006 a julho de 2007, Juiz de Fora, MG



Fonte: o autor

Uma das pacientes informou que gastaria cerca de três salários mínimos mensalmente para comprar os medicamentos. Por não ter recebido todos os medicamentos necessários, outra paciente relatou que sofreu prejuízos e esteve internada em uma ocasião. Um dos pacientes informou que recebe os medicamentos na sua cidade de residência e outro, naquela onde trabalha. Os outros os recebem em Juiz de Fora.

Demais vantagens relatadas pelos pacientes referem-se à limpeza e organização, à qualidade do atendimento, à possibilidade de se fazer exames e obter internação e à garantia da consulta de retorno.

A principal desvantagem do atendimento é o desrespeito ao horário: 50 pacientes apontaram essa desvantagem e nove, nas observações finais dos questionários, foram enfáticos em relação à necessidade de se cumprir o horário. No momento da entrevista, às 11 horas, um paciente relatou que estava desde as sete horas no HU.

A transferência para o CAS, situado em um bairro mais isolado e com menor infraestrutura urbana, aumentou o desconforto dos pacientes: não é possível se alimentar nas imediações do Hospital; falta melhor atendimento de transporte urbano, tanto em número de linhas como também na obtenção de vale-transporte; o ônibus da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES) demora a chegar ao CAS, o custo financeiro e o tempo de deslocamento também aumentaram. Ainda assim, um paciente disse que o “[...] atendimento é demorado, mas vale a pena” e outro, que “[...] vale a pena, mesmo morando longe”.

Ao serem perguntados se os médicos explicam a respeito de sua doença, 76 pacientes disseram que sim e 78 disseram que têm liberdade para fazer perguntas aos médicos. Setenta e um pacientes mencionaram que entendem plenamente o que lhes é explicado, enquanto dez não responderam à questão, nove disseram que compreendem parcialmente e três disseram que não entendem o que os médicos lhes explicam.

Uma paciente reclamou firmemente, conforme observação da entrevistadora, de que “[...] o atendimento está muito automático, robótico, com as mesmas perguntas”. A paciente, de acordo com a observação da pesquisadora, declara que gostaria de ouvir palestras sobre a doença e os seus direitos e que, no início (há cinco anos), deram-lhe carinho e atenção. A paciente solicita mais acolhimento por parte dos profissionais.

Em outra observação, a pesquisadora disse que uma paciente reclamou mais atenção, afirmando que precisou arcar com os custos do medicamento de que necessitava por um ano, pois não sabia da garantia de seus direitos e salientou que os médicos não informam o suficiente sobre a sua doença.

Entre os entrevistados, 69 afirmaram ter interesse em participar de um grupo de discussão com outros pacientes.

## DISCUSSÃO

Os portadores de doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, que representam 100% dos pacientes com diagnóstico, na população estudada, apresentam complicações como fístulas e outras complicações extraintestinais, além de dor, diarreia, tenesmo e sangramento.<sup>8,14,15,16,17</sup>

Segundo o presidente da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Flavio Steinwurz, os pacientes sofrem com fraqueza, perda de peso e febre.<sup>9</sup> Devido a tal gravidade da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa, os pacientes da DII fizeram observações às entrevistadoras

relativas à “[...] tristeza da doença [...]” (fragmento da fala de uma paciente), dificuldades no trabalho ou impossibilidade de trabalhar, presença e preocupações com outras doenças e problemas diversos, estigmas associados à doença, como também relatado por Pontes *et al.*<sup>18</sup>. Um deles sugeriu palestras para esclarecimentos e cinco solicitaram a presença de psicólogos nessas ocasiões.

As características organizacionais do HU propiciam a existência de uma porta privilegiada de acesso pelo vínculo do usuário com o médico. O acesso dos usuários:

*[...] vem ocorrendo através de contatos interpessoais da equipe de saúde do ambulatório com médicos e enfermeiros da região assistida, da livre demanda, de pacientes que ‘ouvirem falar’ do serviço ou de parentes que são acompanhados no ambulatório.*<sup>13</sup>

Referindo-se a médicos e pesquisadores não médicos, Farias e Vaitsman<sup>19</sup> argumentam que as:

*[...] organizações hospitalares enquadram-se entre aquelas classificadas como organizações de profissionais ou de especialistas. Sua característica central é o papel exercido pelos profissionais - detentores de um saber especializado - na execução dos objetivos da organização. Por essa razão, ocupam o ápice da pirâmide de estratificação interna, constituindo uma fonte de autoridade que se sobrepõe à autoridade administrativa.*<sup>19:1233</sup>

Merhy<sup>20</sup> fala da importância de tornar públicas as microdecisões como as de trabalhadores médicos e administradores, ou abrir espaços institucionais nos serviços de saúde, permitindo, dessa forma, a participação do usuário (independentemente de sua presença física). O nosso sistema de saúde ainda não é transparente e democrático o suficiente para que usuários se posicionem efetivamente a respeito do acesso aos serviços, pois o controle não evoluiu de forma igualitária no Brasil.

A partir da observação das falas dos pacientes a respeito da longa espera pelo atendimento e, no CAS, da falta de cantina e de aspectos da manutenção predial, nota-se que, em relação ao DII, as:

*[...] representações de usuários e planejadores sobre um serviço ser acessível ou não são diferentes. [...] Para os usuários, os parâmetros técnicos utilizados pelos planejadores não apresentam visibilidade, estando a sua avaliação baseada em critérios de outra ordem. Avaliam aspectos facilitadores para a sua vida e relativos à sua consideração ou não enquanto sujeitos pelos prestadores de serviço como: a presteza no atendimento*

*(tempo de demora para a solução de sua demanda), a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada.*<sup>21:197</sup>

No HU, existe a necessidade de se averiguar com os profissionais (técnicos e administrativos) qual é o seu papel na manutenção desse sistema injusto de acesso. Cabe ao SUS incentivar a ampliação da rede de atenção básica para propiciar o acesso à média complexidade e tornar o acesso, de fato, justo<sup>10</sup> e aos profissionais de saúde, romper a barreira entre os profissionais de assistência e os dirigentes das instituições.<sup>22</sup>

Quanto à integralidade, existe a percepção de que os pacientes estão muito satisfeitos devido ao sucesso do tratamento, acesso aos medicamentos, aos exames de diagnóstico, às internações e a outros tratamentos. Um dos sinais de satisfação dos pacientes é o não abandono do tratamento no HU e a criação de laços de amizade com a equipe técnica.

Nas primeiras consultas, há muitas incertezas e os pacientes não demonstram muitas opiniões. Durante o tratamento, com o sucesso, eles tendem a se mostrar mais satisfeitos, seguros. Com a rotina, aparecem as reclamações. A insatisfação mostra-se principalmente em relação ao descumprimento de horários. As exigências referem-se sempre à necessidade de se discutir mais sobre a doença e ter apoio de um psicólogo.

Embora os planos de saúde ofereçam consultas e exames, nem todos esses procedimentos são inteiramente gratuitos e, assim, o recebimento de medicamento e a possibilidade de realizar todos os exames necessários no HU tornam-se vantagens para os pacientes. Os clientes de planos de saúde ainda têm uma vantagem extra: o mesmo médico nos dois sistemas, particular e público. Mas, ainda, a posse do plano pode levar à procura pelo diagnóstico mais rapidamente a partir da presença dos sintomas, pois ter plano de saúde é um determinante mais forte do que estar doente para consumir serviços de saúde.<sup>23</sup>

Supõe-se que as famílias dos entrevistados gastem uma grande parte de seus orçamentos nesses planos, mas, para um atendimento mais integral, mais resolutivo e de maior custo, os pacientes recorrem ao SUS. Essa decisão é absolutamente legítima, mas se configura em um movimento de estatização do privado, conforme assevera Bobbio, (1987) apud Polanco.<sup>24</sup>

O acesso gratuito e contínuo aos medicamentos é determinante para o sucesso do tratamento dos pacientes entrevistados. Sobre essa questão, Paula<sup>25</sup> tem a opinião de que, na perspectiva de proteger os direitos do homem:

*[...] para assegurar à população brasileira o acesso à saúde e, conseqüentemente, aos medicamentos e à assistência farmacêutica, como uma questão de direitos e de justiça social, é indispensável a presença do Estado, como agente formulador e financiador da política pública de saúde articulado com a sociedade civil, deixando este de ser mínimo e paternalista.*<sup>25</sup>

Os pacientes têm, praticamente, o dia inteiro ocupado pela consulta devido ao deslocamento e à espera pelo atendimento. Esse dado justificou plenamente a instalação de uma cantina no CAS e também deve ser levado em consideração para se organizar um grupo de educação em saúde para ampliar o conhecimento sobre o próprio processo de doença. Esse grupo seria mais um componente do atendimento integral realizado pelo Hospital.

O transporte é um item importante para o acesso desses pacientes. Um deles questionou se, como portador de doença crônica, tem direito ao passe gratuito e outro informou que estava com dificuldades em relação ao transporte da prefeitura devido à mudança de gestor. Vários relataram a necessidade de vale-transporte, o que se explica pelo uso prioritário de ônibus e pela baixa renda familiar.

Oitenta e nove pacientes estão cadastrados no banco de dados do HU, mas oito não foram localizados no registro de consultas ambulatoriais. Isso se deve ao fato de que não há integração entre o sistema de agendamento da CMC e do Hospital, ao não agendamento do retorno no sistema do HU em razão da greve dos funcionários ocorrida no período de coleta, aos inúmeros atendimentos iniciais “emergenciais” e ao controle da entrada dos pacientes no CAS (não havia um terminal da rede de computadores na mesa de recepção do Ambulatório).

No geral, os pacientes mostram-se alheios às normas da regionalização. Apenas um deles deu endereço de parentes para conseguir a primeira consulta e outro se mudou para Juiz de Fora por conta do tratamento. O estudo do DII não apontou a presença significativa de pacientes do Estado do Rio de Janeiro, ao contrário, os pacientes são originários das diferentes regiões do Estado de Minas Gerais.

Alguns poucos pacientes recusaram-se a responder ao questionário. Isso pode indicar que eles estão fartos de responder a esse tipo de pesquisa (há demanda de estudantes de vários cursos), ou estão em situação irregular e temem prejuízos no atendimento ou, simplesmente, não querem expor sua vida.

Um dos pacientes recusou-se a responder questões que diziam respeito às desvantagens de ser atendido no HU. Argumentou que não poderia reclamar de um serviço gratuito e do qual ele precisa. Fez questão de dizer

que o serviço é ótimo e elogiou os profissionais. Há um paradoxo: são tão poucos os que usufruem os direitos de cidadania ao ponto em que tais direitos configuram-se como um privilégio. Telles<sup>26:89</sup> considera que, devido ao nosso passado escravagista com concepção patriarcal de mando e autoridade, existem, em nossa sociedade, a figura do sujeito “[...] inferior que tem o dever da obediência, que merece o favor e proteção, mas jamais os direitos” e a ideia da cidadania como privilégio de classe”.

Uma outra paciente supõe que está ocupando a vaga de alguém ao continuar no SUS, mesmo tendo plano de saúde. Justificou-se dizendo que o médico conhece bem o seu caso e é bem-atendida. Uma terceira disse que não solicita transporte gratuito à prefeitura porque há outros que precisam mais desse serviço. Se esses pacientes que têm acesso à assistência se sentem assim, o que dizer daqueles que não têm?

No Ambulatório, os pacientes estão recebendo atendimentos de média complexidade, em outros serviços diferentes do DII, o que poderia acontecer em suas cidades de origem. A integralidade, que só se faz em rede<sup>27</sup>, fica prejudicada, pois não há a possibilidade de integração do HU à rede de origem. O HU precisa ainda criar rotinas de “[...] divulgação de ações de referência e contrarreferência com os municípios pactuados e de elaboração de protocolos de acesso para encaminhamento”.<sup>28</sup>

Esses atendimentos, em diversos serviços do HU, acontecem conforme são demandados, pelos médicos do DII ou pelo próprio paciente, e não se configuram em atenção realizada por equipe multiprofissional voltada a cada paciente do DII, isto é, um trabalho realizado por vários profissionais sem se constituir em uma equipe e com ações isoladas e fragmentadas.

A inexistência de sistemas de informação que contemplem efetivamente o atendimento em média complexidade dificulta o acompanhamento do paciente pela rede o que provoca problemas gerenciais relacionados ao financiamento. Os profissionais da assistência também reclamam de prejuízos ao seu trabalho<sup>8</sup> ou afirmam, há muito tempo, que a “[...] introdução de um Prontuário Único nos hospitais poderá impactar positivamente no acompanhamento clínico do paciente como na pesquisa”.<sup>29:354</sup> Ainda em relação ao trabalho de pesquisa e gestão:

*[...] ainda é bastante comum a dificuldade de acessar e tratar os dados existentes de forma rotineira, disponibilizando informações adequadas na forma e no momento necessários. Tem-se, também, a falta de articulação dos processos de planejamento e de gestão da saúde com os sistemas de informações e com os indicadores existentes e, mais ainda,*

*com novas metodologias de tratamento de grande volume de dados. Estão desarticulados, portanto, a gestão dos sistemas de informação, a monitoria dos processos de planejamento e de gestão, além do acompanhamento dos problemas e dos indicadores de saúde.*<sup>30:220</sup>

Ou, como dizem Mello-Jorge *et al.*<sup>31</sup>, para que os preceitos constitucionais democratização, descentralização, universalidade e equidade na atenção à saúde sejam colocados em prática:

*[...] há necessidade de se contar, dentre vários mecanismos, com sistemas de informação em saúde que possam responder, com maior agilidade e especificidade, à nova lógica de gerenciamento e redirecionamento do setor. É necessário que se elaborem diagnósticos de saúde que permitam retratar desigualdades existentes e que orientem a implementação das políticas e dos programas locais de saúde.*<sup>31:4</sup>

Esses sistemas precisam tratar do agendamento, da regulação, do faturamento, do registro do procedimento. Um dos grandes problemas é a inexistência de um prontuário único dentro do sistema de saúde. A cada procedimento, de internação ou ambulatorial, o paciente aparece como se fosse a primeira vez. A integração entre sistemas pode ser feita através de centrais informatizadas e interconectadas, onde é possível haver:

*[...] maior transparência na distribuição dos serviços de saúde e no fluxo de pacientes, evidenciando a situação dos leitos da região em termos de ocupação/especialidades, poupando assim o usuário de peregrinação por diferentes municípios e hospitalares, na busca de atendimento.*<sup>30:233</sup>

O baixo investimento em informatização contribui para isso. Os pacotes comprados historicamente pelos serviços de saúde não têm integração entre si, são focados em rotinas específicas. Além disso, não existe de fato o Cartão SUS que permitiria o acompanhamento do fluxo de pacientes pelo gestor municipal. Esses instrumentos de controle apontariam os casos em que há conhecimento interpessoal com profissionais. Para adesão a esses sistemas, é preciso lembrar que, para possibilitar a garantia do direito à saúde, “[...] é função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal”.<sup>32:60</sup>

É necessário verificar, o que não foi objeto deste estudo, se o HU cumpre o controle de origem de pacientes que

se apresentam como habitantes da Macrorregião Sudeste. Os pacientes não têm o vínculo esperado ao SUS, pois não existe o cadastro no Cartão SUS. Ao mesmo tempo, este sistema está cheio de brechas com atraso na digitação dos cadastros realizados, cadastramento feito pela Gerência Regional de Saúde (GRS), troca de favores entre municípios próximos aos limites de estados, multiplicidade de cadastro em mais de um município e até dentro do mesmo município.

O momento da aplicação do questionário é também um momento em que o paciente expõe aspectos e acontecimentos de sua vida e de sua família, suas dúvidas a respeito da doença, seu sofrimento. Embora o trabalho de preencher o questionário não tem, evidentemente, o objetivo de fazer a escuta do paciente, ela acontece por uma quase imposição dele. A escuta pode ser feita em vários níveis de atendimento.<sup>27</sup> Em duas entrevistas, especialmente, as entrevistadoras relataram que os pacientes choraram o tempo todo, não se recusaram a responder a nenhuma pergunta e deram demonstrações de cooperação como “[...] estava satisfeito por responder [...]” e “[...] eu quero responder [...]”, desculpando-se pelo choro. Em outra entrevista, ainda segundo relato das entrevistadoras, cada pergunta provocava uma história ou uma explicação a respeito das condições do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as características de atendimento do DII, uma delas interessou sobremaneira à pesquisa: além das consultas marcadas pelos meios legais, a existência de acesso privilegiado via vínculo, direto ou indireto, do usuário com o médico. Esse vínculo pode ser criado na atenção básica, no consultório particular ou por indicação de outros médicos, parentes e amigos. Essas maneiras privilegiadas de aproximação usuário/médico escapam das orientações do PDR/MG quanto à diretriz de integralidade e de regionalização.

Os profissionais médicos têm o poder de decidir quem será atendido, sem obedecer a um sistema público e transparente, e determinam o acesso à primeira consulta. Paradoxalmente, isto que poderia ser conduta indesejável, mas que faz parte da rotina do DII, chamou a atenção dos pesquisadores para as práticas flexíveis de acesso e permanência dos pacientes. Os dados coletados na pesquisa de campo junto aos pacientes não colocaram sob suspeita o próprio acesso ao Serviço (suas condições sociais, educacionais e culturais dificultam os posicionamentos políticos quanto às questões afeitas à cidadania), mas aguçaram a reflexão dos pesquisadores ao constatarem que os profissionais

mostram uma forma de atendimento humanizadora das relações interpessoais e interinstitucionais. Uma dúvida diz respeito à possibilidade de exclusão de outros pacientes ao Serviço, mas esta dúvida só poderá ser sanada a partir de um levantamento sobre a prevalência das doenças tratadas no DII na população regionalizada, o que ainda não foi realizado.

O vínculo inicial criado mediante indicações não é o único diferencial no atendimento dos pacientes do DII. Existe também um olhar mais comprometido e mais cuidadoso dos seus profissionais, se bem que longe ainda de socialização do saber e horizontalidade nas decisões a respeito das doenças e do tratamento previsto, mas que estabiliza as emoções dos pacientes frente aos procedimentos profissionais e diminui a insegurança frente às doenças e aos tratamentos.

Nos questionários e nas entrevistas, as críticas dos usuários ao atendimento que recebem no HU referem-se mais a problemas externos ao DII, como dificuldade de transporte urbano e de alimentação do local e aos horários de consulta não respeitados e a não informações sobre direitos (como o direito à gratuidade de medicamentos). Existe também entre os pacientes uma demanda por espaços de convivência e de grupos de apoio. Mas não existem críticas quanto à atuação dos profissionais, tanto dos médicos como dos atendentes.

Este nível alto de aceitação por parte dos pacientes e de reconhecimento de excelência no tratamento de doenças infecciosas intestinais pressupõe uma ótica diferente daquela adotada nos atendimentos em outros setores de serviços públicos. Este diferencial deve ser analisado com profundidade para desvelar como a gestão de recursos materiais e humanos acontece em consonância com padrões flexíveis de acesso que ultrapassam as diretrizes do PDR/MG, sem que isso signifique desorganização e incompetência.

Outro aspecto que contribui para o reconhecimento do trabalho no DII é a atenção dos médicos nas consultas. Sem levantar polêmica sobre o padrão de atendimento médico que, por exemplo, nas consultas oferecidas nos ambulatórios do SUS pode ser realizado em poucos minutos, no DII este tempo é bem mais estendido, com explicações sobre o desenrolar das doenças, mesmo que estas explicações não alcancem o entendimento completo pelos usuários.

Refletindo sobre as respostas dos pacientes aos quesitos voltados para a relação médico/paciente, percebemos uma pessoalização dos usuários na conduta dos profissionais. Isto pode ser devido ao caráter do atendimento estar ligado a um grupo de médicos-pesquisadores e ser o próprio DII um espaço, conceitual e concreto, de prá-

ticas de pesquisa em doenças infecciosas intestinais com uma visão integralizada do paciente: recebem tratamento permanente, com consultas, exames e medicamentos no próprio DII. Existe uma produção de saber sobre essas práticas que amarram as condutas e direcionam os cuidados com os pacientes, alguns com mais de dez anos de frequência ao Serviço.

Estas “aberturas” das condutas previstas no PDR/MG podem ser derivadas da imperfeita sistematização de procedimentos de acesso aos serviços de saúde de um modo geral. Na pesquisa de origem, nos prontuários e nos cadastros do HU e do Cartão SUS, existiu discrepância nos dados dos pacientes, com discordância até entre os registros da Gastroenterologia Geral e o DII. A reflexão sobre isso levou à consideração de que os próprios pacientes são muitas vezes responsáveis pela incorreção dos dados, principalmente os referentes aos endereços de moradia no momento do cadastro, uma vez terem conhecimento de que a diretriz de regionalização não permitiria o atendimento de pessoas de outras regiões do Estado de MG ou de outros estados da União. Daí a resistência de fornecimento de dados reais frente à possibilidade de recusa de atendimento. Em outros serviços, talvez os endereços possam ser base de exclusão, mas não no DII.

Ainda em relação aos endereços de moradia, discriminados na seção Resultados deste texto, deveria um centro de pesquisa e de tratamento de doenças de média complexidade ficar restrito somente aos pacientes de uma dada região? O DII respondeu a esta questão com a aceitação de pacientes de outras regiões, pois, se, no HU, 79% dos pacientes são residentes em Juiz de Fora, na amostra da pesquisa eles são 52,7% (Tabela 3).

Apesar de vislumbrarmos alguns pontos de fuga nas práticas de acesso e atendimento no DII que expandem a diretriz de regionalização contida no PDR/MG, algumas situações não parecem resolvidas. Alguns procedimentos contrariam preceitos importantes de gestão pública como, por exemplo, a privatização do setor público com ônus acentuado para o próprio setor. No caso do DII, isso ocorre de forma paralela ao acesso dos pacientes via encaminhamento de outros médicos. Além de diagnóstico e tratamento anterior em consultório particular, os pacientes também informaram que têm ou já tiveram planos de saúde. No setor privado, existe uma superficialidade de cuidados com a saúde, os quais se fragilizam ainda mais quando se trata de doenças crônicas e de alto nível de complexidade. O setor público complementa, quando as responsabilidades são descartadas pelo setor privado e, muitas vezes, absorve todo o tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2001;6(2):451-5.
2. Secretaria Estadual de Saúde (Minas Gerais). Plano Diretor de Regionalização. [Citado em: 16 mar. 2007]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr).
3. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria MS/GM nº 675 de 30 de março de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html).
4. Santos, M. Pensando o espaço do homem. 5a ed. São Paulo: EDUSP; 2004.
5. Barros MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo;1983. 167f.
6. Universidade Federal de Juiz de Fora. UFJF anuncia transferência de serviços ambulatoriais do HU para o CAS. [Citado em: 16 maio 2007]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/>.
7. Centers For Disease Control And Prevention. Epi Info versão 3.3.4. Database and statistics software for public health professionals. Atlanta, USA; 2004.
8. Souza MHLP, Troncon LEA, Rodrigues CM, Viana CFG, Onofre PHC, Monteiro RA *et al.* Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. *Arq. Gastroenterol* 2002 abr-jun;39(2):98-105.
9. Tatsch C. Cresce doença inflamatória intestinal entre crianças. *Folha de São Paulo (Grupo Folha Ed.)* 22 abr. 2007, *Caderno Cotidiano*, p.C7.
10. Ministério da Saúde. (Brasil). Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Diretrizes Operacionais. Brasília: Ministério da Saúde 2006. [Citado em: 7 out. 2007]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br>.
11. Ministério da Saúde. (Brasil). Secretaria de Gestão de Investimento. O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção. *Rev. saúde pública*. 2000 out;34(5):561-4.

12. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
13. Stephan-Souza AI. Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2005. (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05). Projeto concluído.
14. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria MS/SAS nº 858 de 5 de novembro de 2002. [Citado em: 1 mar 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/PT-858.htm>.
15. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria MS/SAS nº 861 de 5 de novembro de 2002. [Citado em: 1 mar. 2008] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/PT-861.htm>.
16. Gaburri PD; Castro LEVV, Ferreira JOD, Lopes MHM, Ribeiro AMB, Alves RA *et al.* Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Crohn: um estudo de 60 casos. *Arq.gastroenterol* 1998 out-dez;35(4):240-6.
17. Steinwurz F. Estudo evolutivo de fístulas na doença de Crohn. *Arq. Gastroenterol* 1999 dez;36(4):207-9.
18. Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ). *Arq. Gastroenterol* 2004 abr-jun;41(2):137-43.
19. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. saúde pública* 2002 set-out;18(5):1229-41.
20. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.15-36.
21. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-98.
22. Campos GWS. Sobre la reforma de los modelos de atención: um modo mutante de hacer salud. In: Eibenschutz, C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.293- 312.
23. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. saúde pública* 2002;18(supl):77-87.
24. Polanco JD. Elementos para la construccion de uma estrategia frente ao proceso de privatizacion de los servicios de salud em Venezuela. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.155 -73.
25. Paula PAB. Acesso aos medicamentos: direito ou privilégio? [dissertação] Juiz de Fora: Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2007. 110f.
26. Telles, VS. Direitos sociais: afinal do que se trata? Belo Horizonte: Ed.UFMG; 1999.
27. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.
28. Hospital Universitário/UFJF. Plano Operativo Anual 2006. Manuscrito.
29. Veras CMT, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. saúde pública* 1994 set;10(3):339-55.
30. Vasconcellos MM, Moraes IHS, Cavalcante, MTL. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde debate* 2002 maio-ago;26(61):219-35.
31. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Rev. saúde pública* 1993 dez;27(supl):1-46.
32. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev. saúde pública* 1988 fev;22(1):57-63.

---

Submissão: outubro de 2009

Aprovação: agosto de 2010

---