

A OFERTA POR COTAS PARA EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS ATENDE ÀS DEMANDAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

Do quota supply for specialized exams and appointments meet the demands of Family Healthcare Units?

Pricila Oliveira Araújo¹, Marluce Maria Araújo Assis²,
Adriano Maia dos Santos³, Maria José Bistafa Pereira⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a organização da oferta por cotas para exames e consultas especializadas, a partir das demandas dos usuários das unidades de Saúde da Família, em dois municípios da Bahia, Brasil. **Percorso metodológico:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com 91 sujeitos entrevistados (usuários, trabalhadores de saúde e dirigentes), por meio da entrevista semiestruturada e observação sistemática do atendimento. A análise dos dados empíricos foi respaldada na hermenêutica crítica e no fluxograma analisador. **Resultados:** o quantitativo de cotas para exames e consultas especializadas distribuídas para as unidades de saúde da família é considerado, pelos entrevistados, reduzido e insuficiente para suprir a demanda da população, sendo motivo de queixa não somente por parte dos usuários, mas de trabalhadores e dirigentes do sistema. Enfim, a articulação entre a oferta de cotas e as demandas na Saúde da Família não reside apenas na ampliação do número de vagas, mas na reestruturação da rede e do processo de trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the organization of quota supply for specialized examinations and appointments from users demands of the Family Healthcare in two cities of Bahia, Brazil. **Methodology:** it is a study of qualitative approach which was carried out with 91 subjects interviewed (users, health staff and directors) through semi-structured interviews and systematic observation of appointments. Data analysis was based on critical hermeneutic and flowchart analyzer. **Results:** the amount of quotas provided for specialized examinations and appointments in the family healthcare units is regarded by interviewees as reduced and insufficient to supply the demands from population, and it is not only a user's complain but also staff's and directors'. Finally the articulation between quota supply and demands in the Family healthcare is not just a matter of increasing the number of vacancies but of re-structuring the network and the work process in healthcare.

KEYWORDS: Healthcare Services; Needs and Demands of Healthcare Services; Basic Care in Health.

¹ Docente do Curso de Enfermagem. Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: poaraujos@gmail.com.

² Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana.

³ Professor permanente e coordenador do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, no Instituto Multidisciplinar em Saúde na Universidade Federal da Bahia. Professor permanente no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁴ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir-se em estratégia orientadora do modelo de atenção à saúde, tendo por objetivo coordenar a atenção integral do indivíduo e de coletividades, por meio do trabalho em equipe, a partir de um território social definido e conectado em rede num sistema de serviços de saúde, que possibilite a continuidade do cuidado.^{1,2}

Para aproximar os serviços de saúde da população e atuar na prevenção de riscos e agravos à saúde, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família que, posteriormente, seria institucionalizado pelo Ministério da Saúde, transformando-se em estratégia política para a modificação do modelo de atenção, que era pautado exclusivamente em ações que valorizavam a doença. Entraves a essa mudança ainda permanecem e desafiam, cotidianamente, dirigentes e trabalhadores na organização das práticas e serviços em rede, situando o usuário e suas necessidades no centro da atenção.¹

O caminho percorrido pelos usuários, dentro de uma rede de saúde organizada, sustenta-se na capacidade de o serviço dar respostas objetivas às demandas dos mesmos, por meio do fortalecimento da porta de entrada do sistema e de mecanismos de regulação que garantam o atendimento nos diversos níveis de atenção.³

Uma das diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é regular, de maneira efetiva, as demandas da população e a oferta de serviços de saúde. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde, em seu componente Pacto de Gestão, elege a atenção básica como nível central do processo de regulação assistencial para articular e integrar os complexos reguladores que, por meio das centrais de marcação, recebem as solicitações, as processam e agendam urgências, internações, procedimentos de alta complexidade, consultas especializadas e exames.⁴

A Central Municipal de Regulação (CMR) de consultas e exames tem, dentre outras ações, as funções de definir, avaliar e distribuir as cotas para as unidades solicitantes, a partir dos serviços executantes. A terminologia cotas refere-se a um quantitativo de vagas específico para a realização de procedimentos, consultas e exames. O processo de autorização das solicitações é realizado por uma equipe de médicos, por meio de critérios clínicos, a partir das necessidades dos usuários e da disponibilidade de oferta na rede pública e/ou conveniada, evitando fluxos que não são preconizados pela ação regulatória.⁴

Foram identificados alguns trabalhos sobre a regulação assistencial para serviços de média densidade tecnológica,^{5,6} e um estudo⁷ que discute como os problemas relacionados ao acesso a exames e consultas especializadas por

meio de cotas limitam a produção de um cuidado integral. A oferta insuficiente de vagas, referência que não é correspondida com a contrarreferência, dificuldades na hospedagem, no apoio e no transporte aos locais de realização do exame ou consulta são algumas das dificuldades que impedem o usuário de trilhar um trajeto na rede de cuidados que gere respostas integrais e equânimes às demandas.

De forma distinta, este artigo inova ao abordar a oferta por cotas para exames e consultas especializadas, demarcando a (des)articulação com as demandas dos usuários que buscam o cuidado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Além disso, a regulação da oferta por meio das cotas constitui-se em ação necessária para o ajuste entre a capacidade dos serviços de saúde e as demandas dos usuários,⁸ que são operadas pelos diferentes profissionais de saúde, nos mais variados lugares, sobretudo na ESF, mediante um cardápio de intervenções.⁹ A oferta, portanto, depende da disponibilidade, do tipo e quantidade de serviços e recursos financeiros, da localização geográfica, da cultura médica local, da ideologia do prestador, dentre outros aspectos.¹⁰ Demanda, por sua vez, é a solicitação explícita que emerge a partir das necessidades de saúde. A produção da demanda surge da interação entre diferentes sujeitos, em distintos serviços e práticas e está associada ao processo de trabalho em saúde, ou seja, se este tem foco no cuidado em si mesmo ou na produção de procedimentos. Necessidades de saúde, por sua vez, se referem a ter boas condições de vida; ter acesso aos serviços de saúde e poder consumir toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; ter vínculos afetivos com equipes e profissionais de saúde e, por fim, ter autonomia para gerir sua vida. Assim, demanda é a tradução das necessidades de saúde.^{11,12,13}

Em estudos internacionais,^{14,15} a demanda tem sido analisada por meio da utilização de métodos quantitativos, com ênfase em experiências focalizadas em determinados programas de saúde, como estes interferem nas solicitações dos usuários dos serviços de assistência pública hospitalar. A demanda por serviços de saúde foi estimada¹⁵ a partir de dois modelos que valorizam a procura do usuário por cuidados de saúde, e os resultados mostraram que as pessoas que não podem pagar pelos cuidados privados não procuram atendimento e que os homens são menos propensos a recorrer ao serviço de saúde do que as mulheres.

Este trabalho tem como objetivo analisar a organização da oferta por cotas para exames e consultas especializadas, a partir das demandas dos usuários das unidades de Saúde da Família, em dois municípios da Bahia, Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo de natureza qualitativa, capaz de incorporar os significados e a intencionalidade como inerentes aos atos e às estruturas sociais, norteado pela crítica, reflexão¹⁶ e subjetividade dos sujeitos envolvidos, que se torna parte do processo de pesquisa.¹⁷ O campo empírico constituiu-se em 11 (onze) Unidades de Saúde da Família (USF) de dois municípios baianos, um situado na zona de transição entre o Recôncavo e o Semiárido (município um), e o outro localizado no Recôncavo da Bahia propriamente dito (município dois). No primeiro, foram 07 (sete) e, no segundo, 4 (quatro) unidades pesquisadas.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família, no mês de novembro de 2013, foi de 52,23% para o município um e de 77,84% para o município dois, ambos considerados referência para serviços de média e alta densidade tecnológica em diversas linhas do cuidado.¹⁸

Os participantes da pesquisa foram divididos em três grupos (usuários, trabalhadores de saúde e dirigentes da saúde). Ao todo foram entrevistados 51 sujeitos no município um e 40 no município dois, sendo 37 usuários, 40 trabalhadores de saúde e 14 dirigentes.

Os critérios de inclusão foram: trabalhadores de saúde e dirigentes com mais de seis meses de atuação na Estratégia Saúde da Família ou no cargo; usuários maiores de 18 anos e que residiam no território da unidade pesquisada. Assinala-se que a representatividade dos grupos se expressa a partir da relevância política e das ideias que permeiam um dado momento histórico-social, e essa representação se constitui pelo encontro das ordens cognitiva, sociológica e política.¹⁹ O quantitativo de sujeitos da pesquisa foi definido pela saturação dos dados empíricos, por meio da repetição dos discursos e pelo delineamento das informações que trouxeram contribuições significantes ao objeto de estudo. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevista semiestruturada e observação sistemática, constando questões comuns e específicas para os distintos grupos de sujeitos, sistematizadas em roteiro orientador com tópicos sobre sistema de regulação, encaminhamentos, serviços ofertados e atendimento às demandas. As observações foram realizadas nas mesmas unidades cujas equipes foram entrevistadas e no mesmo período e seguiam um roteiro que constava de tópicos sobre o acesso do usuário ao serviço de saúde e o fluxo de atendimento, tais como recepção do usuário, marcação de consultas, triagem, encaminhamento, acolhimento, dentre outros aspectos que eram observados antes e depois das entrevistas. Os contatos com os sujeitos se deram por meio telefônico para

agendamento da entrevista, exceto para os usuários que foram selecionados de forma aleatória, no momento da observação.

O tratamento e análise do material empírico pautaram-se na hermenêutica crítica, que implica interpretar, relacionar e extrair conclusões em todas as direções.^{16, 20} Foram feitas transcrições e organização dos dados segundo os dois municípios de estudo e, em seguida, agrupamento e ordenamento das entrevistas por grupos de sujeitos. Na classificação dos dados, procedeu-se à leitura flutuante e exaustiva de cada entrevista, identificaram-se as categorias empíricas em relação às ofertas e demandas que emergiram das unidades de saúde da família para serviços de média densidade tecnológica e realizou-se a síntese vertical de cada uma, o que possibilitou a ideia geral de cada entrevista. Em seguida, uma leitura transversal permitiu apreender os discursos convergentes e complementares dos diferentes grupos de sujeitos. As informações oriundas da observação sistemática foram cruzadas e confrontadas com as sínteses das entrevistas. Na análise final, foram realizadas inferências e interpretações com a base teórica do estudo, sendo elaboradas árvores analíticas e fluxograma analisador para apresentar os resultados empíricos.

O projeto obedeceu às normas para pesquisa com seres humanos e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (nº 05549512.2.00000053) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de ambos os municípios.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sínteses analíticas (árvores e fluxograma) dos dados empíricos

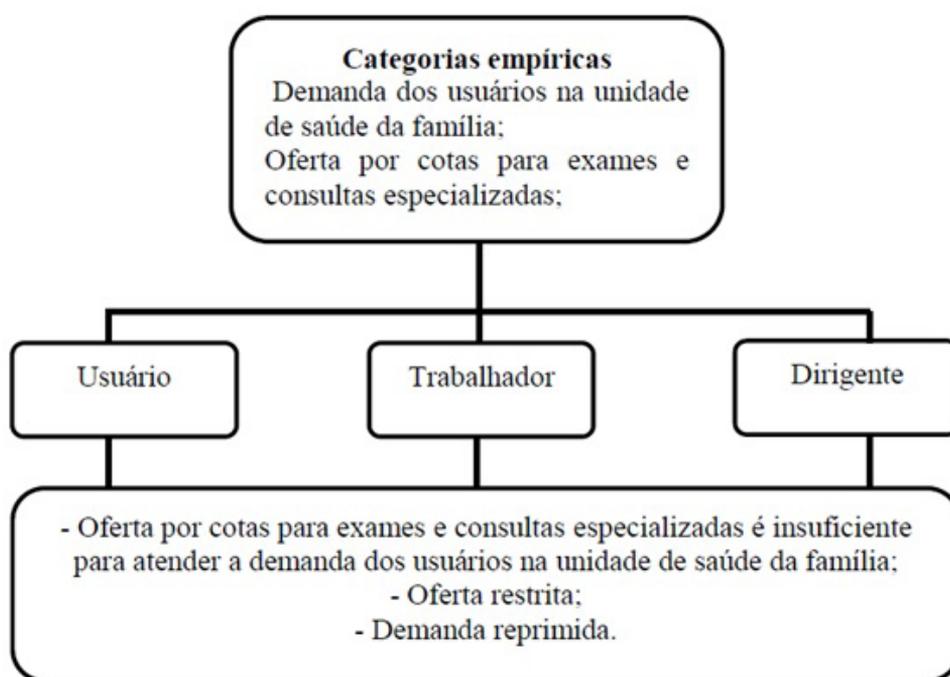
Os dados empíricos evidenciam convergências nos discursos dos sujeitos entrevistados, denotadas a partir das falas de insuficiente oferta por cotas para exames e consultas especializadas para o atendimento das demandas dos usuários. Os discursos das entrevistas foram sintetizados e apresentados por meio das Figuras 1 e 2, denominadas pelos autores de árvores analíticas, cujas raízes seriam as categorias empíricas, que são o sustentáculo da análise; o caule equivaleria aos sujeitos do estudo, e dele brotam as folhas, que seriam representadas pelos discursos dos sujeitos entrevistados. Os dados oriundos das observações sistemáticas e das entrevistas foram sintetizados no fluxograma apresentado na Figura 3.

Demandas dos usuários das unidades saúde da família e a oferta de serviços por cotas para exames e consultas especializadas

Os profissionais da central de regulação de consultas e exames devem ser os responsáveis pelo controle do acesso dos usuários aos atendimentos especializados, aos serviços de apoio em diagnose e à terapia, bem como a outros procedimentos ambulatoriais, especializados ou não, e devem utilizar as cotas para distribuir esses serviços e respeitar os limites pactuados entre dirigentes e presta-

dores.⁴ O quantitativo de cotas para exames e consultas especializadas distribuídas para as USF é considerado, pelos entrevistados, reduzido e insuficiente para suprir a demanda da população, sendo motivo de queixa não somente por parte dos usuários, mas, também, de trabalhadores e dirigentes, conforme síntese dos discursos convergentes (Figura 1).

Figura 1 - Árvore analítica das convergências dos dados empíricos (entrevistas) dos usuários, trabalhadores e dirigentes, Bahia, Brasil (2012-2013).

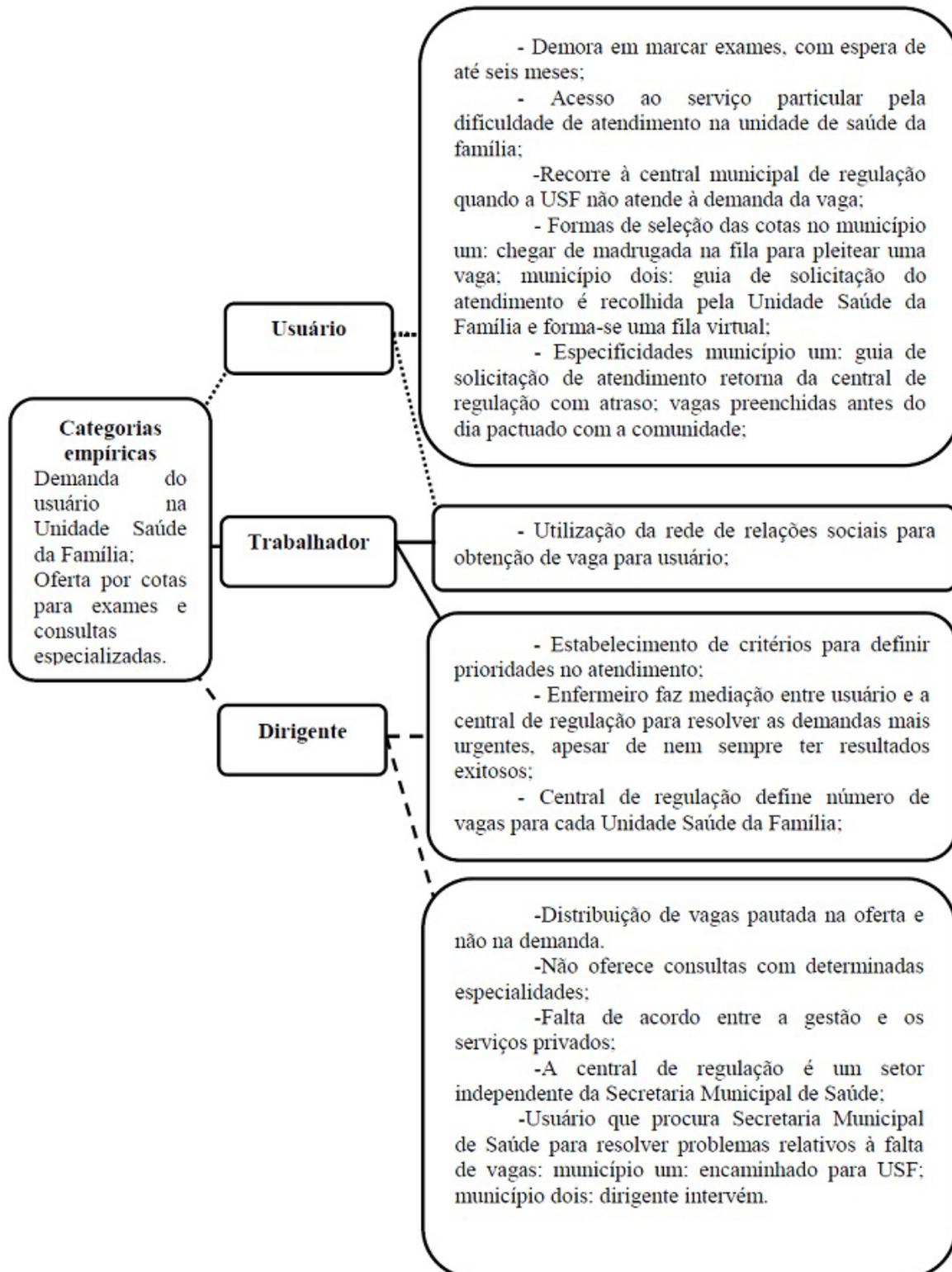


Fonte: próprio autor.

De maneira complementar, a Figura 2 retrata as barreiras enfrentadas para acessar exames e consultas especializadas (demora em conseguir uma vaga; chegada de madrugada à fila; guia com retorno atrasado à USF; vagas

preenchidas antes do dia pactuado, dentre outras) e nem sempre o usuário consegue superá-las, sendo obrigado a sair do sistema.

Figura 2 - Árvore analítica das complementaridades dos dados empíricos (entrevistas) dos usuários, trabalhadores e dirigentes, Bahia, Brasil (2012-2013).

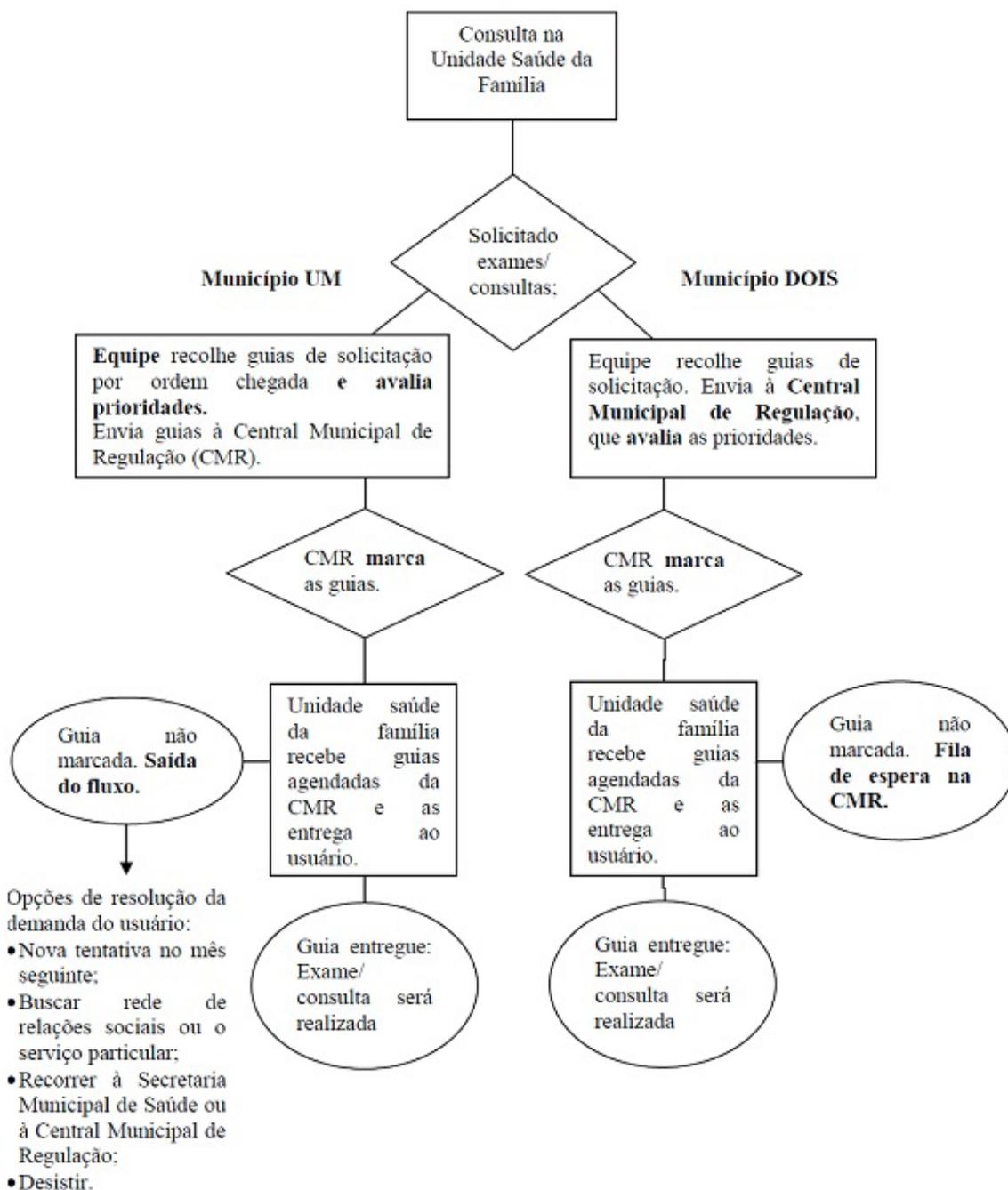


Fonte: próprio autor.

Os dados da entrevista e observação sistemática (Figura 3) mostram que o usuário, ao não obter a vaga, é orientado a retornar no mês seguinte à USF para nova tentativa (município um) ou aguardar em uma fila virtual (município dois). Entretanto, diante do não agendamento, alguns usuários buscam formas alternativas de resolução

do problema, como recorrer ao desembolso direto, ir diretamente à CMR ou SMS, ou solicitar ajuda a pessoas conhecidas na rede de relações sociais para obter o atendimento. Tais questões também foram evidenciadas em estudo sobre a coordenação do cuidado em uma Região de Saúde da Bahia.²¹

Figura 3 - Fluxograma de representação do usuário, após a primeira consulta nas Unidades de Saúde da Família, para a obtenção de exames e consultas especializadas, Bahia, Brasil (2012-2013).



Fonte: próprio autor.

Por outro lado, o profissional está produzindo “trabalho vivo em ato”, autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, de abrir linhas de fuga para exercê-lo com maiores graus de liberdade e de mostrar sua potência criativa, estabelecendo fluxos de conexão com a equipe, outras USF e usuários.²² O fluxo de atendimento eletivo proposto nas Diretrizes de Implantação dos Complexos Regulares⁴ mostra que, quando as cotas estão esgotadas, a guia do usuário deve ser encaminhada a uma fila de espera na central de regulação, a fim de reduzir as filas de madrugada nas USF.

No município um, a guia de solicitação de atendimento permanece com o usuário, que realiza repetidos retornos à USF em busca da vaga, ficando sob sua responsabilidade a luta pelo atendimento. Caso a demanda do usuário não se ajuste aos critérios de prioridade definidos pela equipe da USF, que não coordena o cuidado, este fica abandonado à própria sorte. Tal forma de organização pode excluir os usuários do sistema de saúde, vez que nem sempre são realizados os devidos encaminhamentos para resolução da demanda, mesmo em longo prazo, além de favorecer as filas de madrugada na USF e gerar demanda reprimida. A forma de organizar a marcação das consultas e exames a partir das cotas, no município um, é definida pelas equipes de saúde juntamente com a comunidade, o que gera uma falsa impressão de que a população participa das decisões na USF quando, na verdade, apenas tentam gerir a escassez de vagas e recursos. Há equipes que preferem que seja determinado um dia no mês para toda a comunidade pleitear a marcação, outras decidem que cada agente comunitário de saúde tenha um dia específico para os agendamentos das famílias da sua área de abrangência; de qualquer forma, a ordem de chegada prevalece. A exceção acontece para as situações urgentes, cujo atendimento é priorizado.

No município dois, as equipes de saúde da família recolhem todas as guias dos usuários e enviam à CMR, o que gera uma fila virtual, que também não garante o atendimento e nem é a melhor forma de resolver o problema, mas, de certa forma, canaliza o encargo do agendamento das solicitações para o serviço. Nesse caso, ainda que não garanta a coordenação do cuidado, a equipe traz para si a responsabilidade por ordenar os fluxos assistenciais e organizar a oferta mediante critérios clínicos de sua lista de espera. O monitoramento dessas marcações deveria ser objeto do processo de trabalho das equipes de saúde e dos usuários, por meio dos diferentes canais de participação social, o que garantiria maior transparência e agilidade ao processo.

Em ambos os municípios, os usuários enfrentam filas reais ou virtuais para a obtenção da vaga. Diante da ofer-

ta insuficiente de serviços para as demandas apresentadas, os trabalhadores atuam para “apagar incêndios”, ao elegerem os critérios de prioridades com foco na doença ou na iminência da mesma. Desse modo, mulheres que necessitavam realizar mamografia, gestantes que precisavam de ultrassonografia obstétrica, dentre outros exames, poderiam não ser priorizadas, o que leva a uma longa espera para obter o atendimento. Os achados deste estudo coadunam com outro na realidade brasileira.²³

Ademais, os dirigentes entrevistados relatam que a SMS não tem autonomia para equalizar as disparidades entre a oferta por cotas e as demandas dos usuários, já que a oferta depende muito da disponibilidade dos prestadores. Isso evidencia que as redes de atenção à saúde encontram-se desarticuladas e fragmentadas, uma vez que deveria haver fluxos comunicacionais entre os seus diversos pontos, em um movimento de cooperação, com missão e objetivos comuns, continuidade de atenção entre os níveis de complexidade, oferta de serviços seguros e efetivos, além de responsabilidade sanitária e econômica com a população.¹ Mesmo diante da impossibilidade de atuação frente à problemática das cotas, o dirigente precisa atentar para os pontos de conflitos, registrá-los, analisá-los e discuti-los nos fóruns de participação social, nos colegiados de gestão e com o Ministério Público, ou seja, ir além da gerência de recursos escassos.²⁴

A organização da rede de serviços de saúde e o planejamento de ações carecem de referências adequadamente pactuadas nos diversos níveis de atenção, a fim de garantir o efetivo acesso da população. O debate mais aprofundado sobre conceitos, práticas e finalidades da regulação se iniciou com a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, NOAS 01/2002 e tem sido aprimorado com o Pacto de Saúde.^{4,5}

No componente Pacto de Gestão, o Pacto pela Saúde define a regulação assistencial como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações capazes de mediar a demanda dos usuários e o acesso a serviços de saúde, por meio da referência e contrarreferência, sendo possível viabilizar a atenção de forma oportuna e adequada às necessidades do usuário. As CMR são estruturas básicas do complexo regulador e têm, entre suas funções, definir, avaliar e distribuir as cotas para as unidades de saúde.⁴

Outros caminhos podem ser seguidos pelos usuários, tais como resignar-se e aceitar a impossibilidade de realizar o procedimento ou exame, ou mesmo concluir que necessitam de um plano de saúde suplementar, embora tais opções enfraqueçam a luta pelo direito à saúde. De maneira alternativa, o usuário poderia buscar junto aos canais de participação popular no SUS, ou via judicial, o acesso aos serviços de saúde,²⁴ embora sejam alternativas

pouco acionadas pela população em estudo. O trabalhador da saúde, por sua vez, utiliza sua rede de relações sociais, ao recorrer a pessoas conhecidas nos serviços de saúde para obter vaga para o usuário, o que pode minimizar o sofrimento da pessoa e família e reduzir a possibilidade de demanda reprimida, entretanto não atua no cerne do problema, que é a oferta insuficiente de vagas.

As demandas por exames e consultas especializadas, no presente estudo, não são atendidas devido à oferta insuficiente desses serviços. Entretanto, cabe a abordagem de alguns motivos que podem induzir a essas solicitações e gerar alta demanda, sendo eles:

O Complexo Médico-Industrial (CMI), que tem o intuito de convencer os segmentos populacionais de que um dado evento seria constituído em demanda por serviços de saúde, e de que as soluções se limitam a uma área específica do conhecimento, a tecnologias duras e a procedimentos especializados.²²

A construção imaginária da demanda, que é a percepção que o usuário tem do que é ofertado, fato que o leva a desejar o procedimento e não o cuidado em si.¹³

Os trabalhadores da saúde também são influenciados pelo modelo tecnoassistencial, que induz ao alto consumo de procedimentos e à valorização das tecnologias duras e das especialidades,¹³ levando-os quase que exclusivamente a adotar práticas hegemônicas e pautadas no saber biológico. Somam-se a isso as indicações e solicitações equivocadas de exames e procedimentos para os usuários dos serviços.²⁴

Além disso, o uso da internet, enquanto meio de informação, parece produzir demandas aos serviços de saúde,¹⁵ uma vez que as informações em saúde veiculadas podem preocupar as pessoas que a utilizam e, conseqüentemente, aumentar o consumo de tecnologias de alta densidade.

Assim, o alto consumo de exames e consultas especializadas é gerado a partir de múltiplas influências, como as abordadas acima, e é alimentado tanto pelos trabalhadores da saúde como pelos usuários do serviço.

Sobre a oferta dos serviços de saúde, um estudo⁶ sobre regulação assistencial mostrou que esta sofre influência dos interesses dos prestadores privados, e a SMS tem reduzida governabilidade para negociar a descentralização de serviços, alterar a concentração deles em determinados bairros e/ou substituir prestadores. Isso evidencia entraves importantes ao atendimento das demandas dos usuários.

A enfermagem, desde a esfera municipal e estadual, tem se destacado na implantação e organização da regulação assistencial.²³ A participação desse segmento profissional talvez possa ser interpretada pela multiplicidade

de ações na prática, envolvendo atuações no campo da gestão, educação e cuidado em saúde.²³ Nos municípios estudados, os enfermeiros tentam atender às demandas dos usuários que mais necessitam de exames e consultas especializadas junto às centrais de marcação. Não atuam no cerne do problema, já que resolvem casos pontuais e isolados, e nem sempre obtêm resultados exitosos, afinal, atender às demandas dos usuários deve ser missão da rede de atenção, das instituições de saúde e de todos os trabalhadores envolvidos no cotidiano das USF, não somente de um segmento profissional e, ainda, da população, por meio do exercício da participação social.

Diante disso, os profissionais de saúde devem estar em permanente exercício reflexivo sobre as justificativas para a recomendação de exames, consultas e procedimentos. Para tal, a educação permanente em saúde se faz de fundamental importância,²⁴ no intuito de qualificar os trabalhadores na identificação das demandas que realmente devem ser priorizadas; de otimizar os encaminhamentos às especialidades médicas; e ainda de orientar os profissionais a utilizarem recursos capazes de fortalecer a atenção básica. Além disso, é preciso manter relações acolhedoras, capazes de promover a escuta qualificada, para que, no desenvolver da interação, a verdadeira demanda se manifeste.¹² Isso porque, *a priori*, não haveria como distinguir a demanda real e a falsa,²⁵ uma vez que, a partir do momento em que se enuncia o pedido de intervenção, a demanda já está estabelecida.

Baduy et al⁵ avaliaram uma fila virtual de endocrinologia e analisaram 1529 casos encaminhados a essa especialidade e concluíram que somente 6,2%, ou seja, 95 usuários precisavam efetivamente desse atendimento, mostrando que é preciso interrogar as práticas dos trabalhadores de saúde e possibilitar novas formas de produção do cuidado. Por outro lado, nem sempre a relação entre demanda e saúde indica utilização desnecessária,¹⁵ o que exige do dirigente empenho para elaborar políticas de saúde equitativas, demarcando fluxos de atendimento organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social, e facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território por meio da integração de serviços e práticas de saúde.³

A qualificação do processo de trabalho, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e inter-setorial, de práticas de acolhimento, escuta qualificada e educação permanente em saúde, além de uma gestão municipal que atue a favor da subordinação dos interesses privados às demandas assistenciais da população, são meios para o acesso equitativo e integral dos usuários aos serviços de saúde.^{6,13,24,25}

CONCLUSÕES

A oferta por cotas para exames e consultas especializadas não se articula com as demandas referidas pelos usuários, nos municípios estudados, uma vez que o processo de definição, avaliação e distribuição das vagas para serviços de média densidade tecnológica parece não valorizar as especificidades da população e a demanda real por atendimento.

O fluxo de atendimento da USF para o acesso aos exames e consultas especializadas mostra-se fragmentado e excludente, ao não permitir que o usuário permaneça no sistema para resolver suas demandas. Ou seja, quando não consegue a vaga, o usuário necessita, espontaneamente, tomar a decisão de custear o procedimento, buscar pessoas conhecidas ou serviços que o auxiliem na resolução do problema, ou retornar à recepção para nova tentativa de agendamento. Os trabalhadores, por sua vez, atuam a partir de critérios de prioridades, o que fortalece o modelo procedimento centrado e não garante o atendimento das demandas para a prevenção de riscos e agravos à saúde, além de não utilizar essa situação para avaliação do processo de trabalho e serviços que compõem o SUS.

Ressalta-se, entretanto, que realizar exames e consultas especializadas por si só não garante o atendimento da demanda de saúde, mas propicia a permanência do usuário dentro da rede de atenção. Para além do quantitativo de vagas, o acolhimento, a escuta qualificada e a educação permanente se instauram como de fundamental importância para a identificação das reais demandas do usuário e para o aperfeiçoamento do processo de trabalho. Uma das limitações deste estudo se refere ao fato de que não foi investigado se as demandas por exames e consultas especializadas dos usuários se constituem em demandas reais ou não.

Destarte, é preciso superar a fila que se forma de madrugada nas USF, que ocorre por conta do acesso limitado aos serviços, obrigando trabalhadores a priorizar alguns casos em detrimento de outros, mesmo sendo também necessários. Além disso, os meses de espera por uma vaga comprometem a continuidade e longitudinalidade do cuidado, impossibilitando a resolubilidade dos casos e contribuindo para descrédito nas ações das equipes.

Nesse contexto, o enfermeiro tenta atender a demandas pontuais dos usuários que necessitam de exames e consultas especializadas, sendo que, às vezes, obtêm resultados exitosos, outras não, podendo se constituir no foco do conflito entre regulação, trabalhadores médicos e usuários. Além do mais, a enfermagem ainda não recorre a espaços coletivos para problematizar tal situação, visando novos dispositivos de organização na pactuação da

oferta e no processo de trabalho das USF, e nas instâncias do complexo regulador.

É necessário maior aprofundamento nos estudos acerca da interlocução dessa categoria profissional com as centrais de regulação e marcação, tanto quanto de como é a atuação do enfermeiro nesse setor.

As influências de dois modelos, o biomédico e o economicista, enraizados nas sociedades, conformam para que as instituições de saúde, em especial as de saúde da família, interfiram na construção da oferta e demanda, incidindo sobre os usuários do serviço e os trabalhadores. A atuação com foco nos procedimentos e nos profissionais traz a ideia de que acessar os serviços de saúde pressupõe realizar exames e consultas especializadas. Caso contrário, o usuário será excluído do processo de produção da saúde, uma vez que a utilização das tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e escuta qualificada, está fragilizada pela cultura que racionaliza as demandas em doença e a oferta de serviços aos interesses dos prestadores.

Por isso, a articulação entre a oferta de cotas e as demandas na USF não reside apenas na ampliação do número de vagas, mas também na reestruturação da rede de saúde e do processo de trabalho, no reconhecimento do escopo das práticas realizadas na atenção básica e na busca pela resolutividade. É preciso que as tecnologias relacionais prevaleçam, a fim de se evidenciarem as demandas reais apresentadas pelo usuário e que, em relação dialógica com o profissional de saúde, decidam sobre as alternativas mais adequadas de intervenção.

* Projeto Multicêntrico aprovado no Edital Universal do CNPq 2011, Processo n. 483297/2011-9.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2013 nov. 16]. 512p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>.
2. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 fev. [citado 2014 jan. 14]; 26(2):286-98. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>.
3. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saú-

- de: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 nov. [citado 2013 set. 25]; 17(11):2865-75. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2013 nov. 10]. 68p. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>.
5. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 fev. [citado 2013 set. 10]; 27(2):295-304. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>>.
6. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc.* [Internet]. 2013 jan./mar. [citado 2013 set. 4]; 22(1):223-36. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100020>>.
7. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 jan. [citado 2013 nov. 10]; 18(1):181-90. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019>>.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care.* 1981; 19(2):127-40.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-67.
10. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 jan. [citado 2012 nov. 27]; 5(1):133-49. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>>.
11. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco; 2001. p. 113-25.
12. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco; 2001. p. 65-112.
13. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco; 2010. p. 185-95.
14. Panpiemras J, Puttitanun T, Samphantharak K, Thampanishvong K. Impact of Universal Health Care Coverage on patient demand for health care services in Thailand. *Health Policy* [Internet]. 2011 Dec. [cited 2013 Nov. 16]; 103(2):228-35. Available from: <[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(11\)001795/](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(11)001795/)>.
15. Skordis-Worrall J, Hanson K, Mills A. Estimating the demand for health services in four poor districts of Cape Town, South Africa. *International Health* [Internet]. 2011 Mar. [cited 2013 Nov. 16]; 3(1):44-9. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24038049>>.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
17. Uwe F. *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica [atualizado 2013 nov.; citado 2014 jan. 14]. Disponível em: <http://dab.sau.gov.br/portal-dab/historico_cobertura_sf.php>.
19. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa ação.* 10ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.
20. Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSS, Nascimento MAA, organizadoras. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.* Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2010. p. 139-59.
21. Santos AM. *Gestão do cuidado na microrregião de*

saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública; 2013. 333p.

22. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj: Abrasco; 2006.

23. Sales da Silva MV, Silva MJ da, Sales da Silva LM, Nascimento AAM, Damasceno AKC, Oliveira RM. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 jul./set. [citado 2013 set. 4]; 15(3):560-67. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300016>>.

24. Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco; 2010. p. 35-48.

25. Camargo Júnior KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco; 2010. p. 93-103.

Submissão: outubro de 2016

Aprovação: novembro de 2017
