



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**DAIANE CELESTINO MELO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E POSIÇÃO NO  
ESPAÇO SOCIAL DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA EM UMA  
CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL**

**SALVADOR  
2016**

**DAIANE CELESTINO MELO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E POSIÇÃO NO  
ESPAÇO SOCIAL DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA EM UMA  
CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária pelo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSC), na área de concentração em Política, Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ligia Maria Vieira da Silva

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

SALVADOR  
2016

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M517a Melo,

---

Daiane Celestino.

Acessibilidade aos serviços de saúde e posição no espaço social de usuários da rede básica em uma capital do nordeste do Brasil / Daiane Celestino Melo.-- Salvador: D.C. Melo, 2016.

75 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ligia Maria Vieira da Silva.  
Coorientadora: Profa. Dra. Alcione Brasileiro O. Cunha.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Desigualdades em Saúde. I. Título.

CDU 614.2

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**DAIANE CELESTINO MELO**

*Acessibilidade aos Serviços de Saúde e posição no Espaço Social de usuários da rede básica em uma Capital do Nordeste do Brasil*

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

**Data de defesa:** 18 de abril de 2016.

**Banca Examinadora:**

Prof<sup>a</sup> Ligia Maria Vieira da Silva - Orientadora  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho  
Universidade Estadual de Feira de Santana NUSC/UEFS

Prof<sup>a</sup> Alcione Brasileiro Oliveira Cunha  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Salvador

2016

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a meus pais, a minha família e  
aos usuários e usuárias do SUS.*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente a Deus pelas oportunidades que colocou em minha vida, sei que sou uma pessoa abençoada.

Agradeço imensamente a meus pais, pois mesmo na simplicidade me ensinaram a valorizar a educação, a honestidade e o amor ao próximo. Aos meus irmãos e irmãs pelo apoio e incentivo, sempre presentes.

Ao meu esposo Flavio, pela companhia e incentivo, pelo afeto e compreensão, em todos os momentos da minha vida, essa conquista é nossa!

A minha orientadora Lúgia por acreditar em meu potencial, mesmo sem me conhecer, pela confiança em mim depositada, pela paciência e tranquilidade ao longo destes anos.

Agradeço aos professores e funcionários do Instituto de Saúde Coletiva, em especial à Ana Angélica, Alcione, Shirley, Diorlene, Ana Luiza e Guilherme pelo apoio e incentivo. Muito obrigada por tudo!

Agradeço aos colegas e amigos Leandro, Laiana, Everaldino, e aos demais, pela companhia e pelo apoio.

Expresso minha gratidão ao Partido dos Trabalhadores, e as Políticas Públicas de incentivo a educação superior no Brasil. Graças ao PROUNI e as COTAS, tive acesso ao ensino superior, e mesmo filha de empregada doméstica e de um motorista de ônibus, pude me tornar a primeira Mestre da família.

A todos que, de alguma forma, contribuíram com a elaboração deste trabalho.

***“Vamos precisar de todo mundo  
Um mais um é sempre mais que dois”***

*O sal da terra (Beto Guedes)*

MELO, D.C. **Acessibilidade aos serviços de saúde e posição no Espaço Social de usuários da rede básica em uma capital do nordeste do Brasil.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.

## RESUMO

A acessibilidade aos serviços de saúde é influenciada, tanto por características dos serviços quanto pelos atributos econômico, social ou cultural dos usuários que podem ou não representar barreiras à sua utilização. Elaborou-se, em junho de 2005, um projeto visando melhorar a acessibilidade e aperfeiçoar o acolhimento ao usuário da atenção básica em um município do nordeste brasileiro. Porém, mesmo nas unidades em que o projeto foi implantado, alguns usuários não se beneficiaram das medidas adotadas e continuaram apresentando dificuldades no acesso aos serviços. Este estudo teve como objetivo verificar se mesmo no interior das classes populares há alguma relação entre a posição ocupada no espaço social pelos usuários e a acessibilidade aos serviços em unidades básicas de saúde que tiveram implantado um projeto para facilitação do acesso. Realizou-se um inquérito por amostragem probabilística, entre usuários de unidades da rede básica de saúde, em junho de 2006. A amostragem foi aleatória simples sem reposição, de 710 usuários. Para análise do espaço social utilizou-se uma aproximação das categorias capital econômico e o capital cultural, propostas por Bourdieu, as ocupações foram reagrupadas em categorias- sócio ocupacionais, e a trajetória social foi obtida a partir da comparação da escolaridade do usuário, com a da sua família. As variáveis relacionadas à acessibilidade ao serviço foram: forma de marcação da consulta; hora de chegada à unidade; tempo de espera para marcação da consulta; e tempo transcorrido entre o agendamento e a realização da consulta. Calculou-se a frequências simples para todas as variáveis, a existência de associação foi verificada pelos Testes Qui-quadrado de Pearson e o Teste exato de Fisher, no programa Stata versão 12. Entre os participantes não foi observada diferença estatisticamente significativa na distribuição das principais características sociais e demográficas de usuários de unidades onde o projeto havia sido implantado e daquelas não implantadas. Observou-se a presença de alguns gradientes entre o capital cultural e o econômico e variáveis de acesso, reforçando uma melhor ou pior utilização de acordo com os níveis de capital do usuário. Os resultados evidenciam que a posição no espaço social, aferida de forma aproximada pela renda, escolaridade, ocupação e trajetória social influenciou na utilização dos serviços de saúde mesmo após implantação de intervenções para melhoria da acessibilidade na rede básica de saúde do SUS.

**Palavras- chaves:** Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Desigualdades em Saúde.

MELO, D.C. **Accessibility to health services and position Social Space users on a basic network northeast Brazil's capital.** Dissertation (Masters in Public Health). Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2016.

## ABSTRACT

Accessibility to health services is influenced by both the characteristics of services as the economic attributes, social or cultural advancement of users who may or may not represent barriers to their use. Prepared in June 2005, a project to improve accessibility and enhance the user host to primary care in a northeastern Brazilian city. But even the units in which the project was implemented, some users have benefited from the measures adopted and continued to experience difficulties in accessing services. This study aimed to verify if even within the popular classes there is any relationship between the position occupied in social space by the users and the accessibility of services in basic health units that have deployed a project to facilitate access. We conducted a survey a random sample among users of basic health services units in June 2006. Sampling was simple random without replacement of 710 users. To analyze the social space used an approximation of the categories economic capital and cultural capital, proposed by Bourdieu, the occupations were grouped into categories-occupational partner, and social history was obtained from the comparison of user education, with from your family. The variables related to service accessibility were shape of the appointments; arrival time to the unit; waiting time for the appointments; and time between the scheduling and conducting the consultation. We calculated the simple frequencies for all variables, the existence of association was checked by chi-square tests of Pearson and Fisher's exact test, using Stata version 12. Among the participants there was no statistically significant difference in the distribution of the main social and demographic characteristics of users units where the project was implemented and those not deployed. It was observed the presence of some gradients between the cultural and economic capital and access variables, reinforcing better or worse use according to the user's capital levels. The results show that the position in the social space, measured approximately, by income, education, occupation and social trajectory influenced the use of health services even after implementation of interventions to improve accessibility in NHS primary care network

**Keywords:** Access to Health Services; Primary Health Care; Health Inequalities.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Número e percentual de usuários (n=710) de unidades da rede básica de saúde de acordo com as características demográficas e socioeconômicas e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006. 19
- Tabela 2** – Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com o Capital Cultural, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006. 21
- Tabela 3** – Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com o Capital Econômico, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006. 22
- Tabela 4** – Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a Categoria Sócio-ocupacional, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006. 24
- Tabela 5** – Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a Trajetória social, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006. 25

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>34</b>
APÊNDICE A – Tabelas.....	34
APÊNDICE B – Quadro de agregação de variáveis.....	40
APÊNDICE C – Projeto de Qualificação.....	41
APÊNDICE D – Ensaio teórico.....	62
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
ANEXO A – Parecer de Aprovação CEP 2015.....	73

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é o produto do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Trata-se de um estudo sobre a acessibilidade aos serviços na rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde em uma capital do nordeste brasileiro.

O estudo teve como objetivo verificar se mesmo no interior das classes populares há alguma relação entre a posição ocupada no espaço social pelos usuários e a acessibilidade aos serviços em unidades básicas de saúde que tiveram implantado um projeto para facilitação do acesso.

A dissertação é apresentada em formato de artigo, que consta os principais resultados da pesquisa, nos apêndices constam as demais tabelas construídas no processo de análise e não incluídas no artigo; um quadro com agregação das variáveis relacionadas ao acesso aos serviços; consta também o Projeto de Qualificação, incluído o questionário utilizado; e um ensaio teórico produzido no início do mestrado na disciplina Saúde, Sociedade e Cultura, a partir das leituras e reflexões acerca das contribuições do estudo da estratificação e da classe social, os limites de sua operacionalização e sua influência no estudo das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Por fim, consta como anexo o Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

## 1. INTRODUÇÃO

A garantia do acesso aos serviços de saúde tem sido historicamente identificada como um dos componentes da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1990) e buscada em diversos países com diferentes sistemas de saúde. Desde a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, em Alma-Ata, a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária à saúde passou a ser considerada como meta prioritária para alguns governos de países em desenvolvimento (HAINES et al., 2007).

Acessibilidade, na área de saúde por ser um conceito polissêmico requer sua explicitação para fins de investigação (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Será aqui entendida como a capacidade de obtenção com facilidade, de cuidados de saúde, quando necessários. É influenciada, tanto por características dos serviços quanto pelos atributos econômico, social ou cultural dos usuários que podem ou não representar barreiras à sua utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Estas características podem ser da dimensão sócio organizacional, quando se referem ao funcionamento do serviço, ou da geográfica, quando se referem à distância física, aos custos da viagem, e ao tempo de locomoção entre o domicílio e o serviço de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Embora no Brasil a ampliação da acessibilidade tenha se constituído em uma prioridade para diversas gestões do Ministério da Saúde, desde a operacionalização dos SUS nos anos 80, as ações a esse respeito tem sido predominantemente relacionadas com a ampliação da oferta de serviços, exceção feita a algumas experiências municipais (ALMEIDA, 1989; SOLLA et al., 2002) e o Programa Nacional de Humanização criado em 2003 (BRASIL, 2003). Desse modo, nos últimos anos, vem se observando uma ampliação no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na atenção básica. Este fato relaciona-se ao aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família, considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde no país (AQUINO et al., 2009). Além disso, estudos nacionais demonstram a existência de problemas na acessibilidade geográfica (SILVA JUNIOR et al., 2010; TRAVASSOS et al., 2006) e na organização dos serviços (CUNHA & VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MENDES et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

Alguns autores destacam que os maiores avanços obtidos com a ampliação da cobertura da atenção básica têm sido observados na acessibilidade geográfica, enquanto que na dimensão sócio organizacional são muitos os problemas, sobretudo no que se refere ao tempo de agendamento de consultas e exames (CUNHA & VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Sabe-se que a dimensão geográfica das barreiras de acesso requer ações para ampliação e descentralização da oferta visando torná-la mais próximas dos usuários, enquanto a dimensão da relacionada à organização dos serviços pode ser melhorada a partir de reorganização de alguns aspectos no processo de trabalho, visando facilitar o agendamento de consultas e exames, acolhimento e trânsito ao interior da rede de serviços.

Revelando o potencial da reorientação organizacional das unidades de saúde, progressos foram obtidos na utilização dos serviços a partir de algumas experiências localizadas voltadas para a melhoria da acessibilidade através da implantação de práticas de acolhimento em Betim, São Paulo, Santa Catarina e Recife. Nestas experiências, foi feita uma reorganização do processo de trabalho, deslocando-se o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, aliada a utilização de um sistema de agendamento mensal e escuta qualificada (FRANCO et al., 1999; SÃO PAULO, 2002; ROVER et al., 2011; LINS et al., 2013).

Em Salvador-Bahia, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou, em junho de 2005, um projeto visando melhorar a acessibilidade e aperfeiçoar o acolhimento ao usuário da atenção básica. Entre outros objetivos, esse projeto visava extinguir as filas evitáveis, implantar o agendamento de consultas e reorientar o fluxo de pacientes evitando o rechaço à demanda (SALVADOR, 2005). A baixa cobertura (potencial e real) da atenção básica à saúde neste município naquele período reforçava a necessidade da adoção da intervenção proposta em todas as Unidades de Saúde da rede básica (CARDOSO & VIEIRA-DA-SILVA et al., 2012).

Esse projeto de intervenção teve duas etapas, a primeira consistiu na implantação de sistema de marcação permanente de consultas presencial ou por telefone, e na implantação de lista de espera voltada para viabilizar atendimentos no mesmo dia da procura, além disto, foi instituída uma reserva estratégica de consultas para garantir o atendimento no mesmo dia da procura para situações classificadas como prioritárias. Na segunda etapa foram incluídas as ações de designação de profissional de nível médio para a recepção ao usuário, criação de comissão de

acolhimento e classificação de prioridades e riscos, a designação de gestores de caso para apoiar grupos específicos de usuários, como idosos, e a organização da oferta por meio da implementação das ações programáticas. Somado a essas ações o projeto incluía a proposição de criação de grupos de trabalho em humanização constituídos pelo gestor e por outros profissionais, com o objetivo de coordenar a implantação do projeto nos diversos níveis da rede (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a).

No ano seguinte, uma avaliação da implantação do referido projeto revelou melhoria no acesso à atenção básica das unidades de saúde nas quais o mesmo havia sido implantado. Esse progresso se deu, especialmente, no que diz respeito à redução de filas evitáveis e do tempo de espera para marcação de consultas (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a). No entanto, mesmo nessas unidades, alguns usuários não se beneficiaram das medidas adotadas e continuaram apresentando dificuldades no acesso aos serviços (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010b). Estudos prévios têm mostrado que mesmo havendo ampliação da cobertura assistencial, persistem problemas no acesso decorrentes de diferenças sociais entre usuários (TRAVASSOS et al., 2000; 2006), visto que o acesso aos serviços de saúde também é fortemente influenciado pelas condições de vida, de modo que indivíduos com maior nível educacional e econômico fazem melhor e maior uso dos serviços (TRAVASSOS & CASTRO, 2008; TRAVASSOS et al., 2000; COSTA et al., 2010; TRAD et al., 2012).

Embora existam vários estudos que analisaram as barreiras à utilização dos serviços de saúde pelos usuários (CUNHA & VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MENDES et al., 2012; SOUZA et al., 2014), poucos analisaram a influência de desigualdades sociais, em situações concretas, em unidades de saúde que foram alvo de intervenções voltadas para melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde.

Dessa forma, a presente investigação pretende preencher parcialmente essa lacuna, indagando: em que medida a posição ocupada no espaço social pelos usuários da rede básica de saúde do SUS influenciou no acesso a estes serviços, na presença de medidas voltadas para a redução das barreiras organizacionais? Pretende-se assim, verificar se mesmo no interior das classes populares há alguma relação entre a posição ocupada no espaço social pelos usuários e a acessibilidade aos serviços em unidades básicas de saúde que tiveram implantado um projeto para facilitação do acesso.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo constitui um subprojeto de um projeto mais amplo intitulado “Acolhimento na atenção básica em Salvador: plano para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento.” Cujos resultados preliminares e detalhamento metodológico foram objetos de publicações anteriores (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a; 2010b). O objetivo do projeto era estimar o grau de implantação e avaliar os resultados da intervenção relacionados à melhoria da acessibilidade dos usuários à atenção básica, em unidades selecionadas, no município de Salvador, Bahia.

Para tal foi realizado um inquérito por amostragem probabilística, entre usuários de unidades da rede básica de saúde, em junho de 2006 (SALVADOR, 2008). A amostragem foi aleatória simples sem reposição, utilizando como universo, o número de atendimentos por unidade de saúde para o ano de 2005, com alocação proporcional à capacidade de atendimento das unidades de saúde. A amostra foi estratificada em duas etapas. Inicialmente foram sorteadas duas Unidades de Saúde para cada um dos doze Distritos Sanitários sendo uma de Saúde da Família, e outra Unidade Básica Tradicional. Como não havia Unidade de Saúde da Família em dois distritos, duas Unidades Básicas Tradicionais foram selecionadas nesses casos. Posteriormente, foi identificado que uma Unidade Saúde da Família funcionava de fato como uma Unidade Básica Tradicional. Diante disto foi sorteada outra Unidade Saúde da Família do mesmo distrito, perfazendo assim um total de 25 unidades: 11 Unidades Saúde da Família, e 14 Unidades Básicas Tradicionais.

Em seguida, foram sorteados de cada Unidade um número de usuários por partilha proporcional à demanda da Unidade. Utilizou-se para estimar a variabilidade a proporção máxima ( $P= 0.50$ ) com o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 2% ( $d= 0,02$ ) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. Com base nesses parâmetros o tamanho final da amostra foi de 600. Este número foi acrescido por 20% de prováveis perdas, tendo então ficado em 720 usuários o total da amostra. Foram entrevistados 740 usuários em função da incorporação de mais uma Unidade de Saúde mencionada. Trinta entrevistas foram descartadas em função de problemas no preenchimento do questionário, resultando numa amostra final de 710 usuários (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010b). Utilizou-se a

seguinte sistemática para seleção do entrevistado: em cada Unidade, foram selecionados, a partir da ordem do agendamento e/ou chegada, o primeiro da lista e subsequentes, com intervalo igual ao total presente dividido pela fração amostral correspondente. Na escolha dos subsequentes, além do intervalo igual foi assegurada a representação de mulheres na faixa etária entre 20-40 anos, gestantes, acompanhantes de crianças, idosos de ambos os sexos (60 anos e mais) e homens nesta ordem.

No presente trabalho acessibilidade correspondeu às características dos serviços de saúde que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários, conforme definição de Avedis Donabedian (1973; 1980). Assim, o termo acesso seria equivalente a utilização e o conceito de acessibilidade ganharia a sua especificidade compreendida como facilidade na utilização dos serviços pelos usuários.

O conceito de espaço social aqui utilizado, no sentido que lhe é dado por Bourdieu (1996), refere-se ao espaço de relações entre agentes sociais (no caso, usuários da rede básica de Salvador). Corresponde à distribuição diferencial das pessoas que o ocupam. Essa distinção se dá de acordo com a quantidade e a composição das diferentes espécies de capitais, em particular o capital econômico e o capital cultural, bem como a trajetória social (BOURDIEU, 1996; 2007). Embora nesta avaliação, a seleção das categorias empíricas tenha sido orientada por esta concepção de espaço social, as relações entre os agentes não foram investigadas em virtude das limitações do desenho do estudo. Desta forma, utilizou-se uma aproximação das categorias capital econômico e o capital cultural por meio da renda familiar e da escolaridade, respectivamente.

Para definir a categoria capital cultural foram utilizadas perguntas sobre o grau de escolaridade do usuário, do seu conjugue e dos seus pais. As diferentes escolaridades foram agrupadas em três categorias: baixa - para aqueles usuários sem escolaridade até 1º grau incompleto; média - para aqueles que concluíram o 1º grau e tinham o 2º grau incompleto; médio-alta para aqueles que concluíram o 2º grau, superior incompleto, superior completo e mais.

A variável capital econômico foi definida a partir das informações sobre a renda mensal familiar dos usuários das unidades de saúde, estratificada pelo número de salários mínimos recebidos. Assim, realizaram-se inicialmente três classificações

paracapital econômico, alto – para aqueles usuários com renda familiar mensal acima de 5 salários mínimos; médio – para aqueles usuários com renda familiar mensal entre 2 e 5 salários mínimos; e baixo – para aqueles usuários com renda familiar mensal menor que 2 salários mínimos. Posteriormente optou-se por unificar as categorias capital econômico alto e capital econômico médio, visto que o número de usuários com capital econômico alto, era muito abaixo das demais categorias.

As ocupações informadas pelos usuários, assim como a ocupação do seu pai, mãe e cônjuge foram codificadas através da Classificação Brasileira de Ocupações/CBO versão 2002 e agrupadas em 10 grupos segundo Santos (2005) com adaptações, a saber: (1) Empregados qualificados; (2) Trabalhadores; (3) Trabalhadores elementares; (4) Conta-própria precários; (5) Empregados domésticos; (6) Empregados especialistas; (7) Supervisores; (8) Estudante e Estagiário; (10) “Do lar” (trabalho doméstico não remunerado) e (11) Nunca trabalhou. Posteriormente, as ocupações foram reagrupadas em três Categorias Sócio-ocupacionais (CSO) denominadas CSO elementar (empregado doméstico, conta-própria precário, trabalhador elementar); CSO intermediário (trabalhador) e CSO qualificado (Empregado qualificado, empregado especialista, supervisor). Para categoria sócio-ocupacional daqueles que eram estudante/estagiário, do lar ou que nunca haviam trabalhado, considerou-se o capital escolar dos mesmos. Assim, os indivíduos com escolaridade baixa foram inseridos em CSO elementar, aqueles com escolaridade médio-baixa integraram o CSO intermediário, e aqueles com escolaridade médio-alta foram considerados como CSO qualificado. Alguns usuários não souberam informar a escolaridade da mãe, nesses casos, essa informação passou a ser inferida por meio da categoria sócio-ocupacional do pai do usuário.

A trajetória social foi obtida a partir da comparação da escolaridade do usuário, com a escolaridade de sua família, para isso foram observadas as categorias escolaridade da mãe e do pai, e selecionado a maior escolaridade para a categoria escolaridade familiar. Dessa forma, a trajetória social foi classificada em: descendente (escolaridade do usuário menor que a escolaridade familiar); estável (escolaridade do usuário igual à escolaridade familiar); e ascendente (escolaridade do usuário maior que a escolaridade familiar).

As variáveis relacionadas à acessibilidade ao serviço foram: forma de marcação da consulta (presencial; por profissional da unidade; por telefone e lista de

espera); hora de chegada à unidade (noite anterior até as 6h da manhã; entre 6h e 8h da manhã; não pegou fila e horário administrativo); tempo de espera para marcação da consulta (até 15 minutos; até 1h; mais que 1h) e; tempo transcorrido entre o agendamento e a realização da consulta (até 2 semanas; entre 3 semanas e um mês; mais que 1 mês).

Foram calculadas frequências simples para todas as variáveis. Em seguida foi feita uma análise estratificada segundo posição socioeconômica, utilizando a escolaridade, renda, ocupação e trajetória social associando as diferentes variáveis de efeito que procuram apreender a acessibilidade, neste momento não foram utilizadas as respostas não sei/sem resposta. Para verificar a existência de associação entre as variáveis socioeconômicas e as variáveis de efeito relacionadas ao acesso foram utilizados os Testes Qui-quadrado de Pearson e o Teste exato de Fisher, este último foi aplicado somente nos casos em que a frequência foi menor ou igual a 5, visto que nestes casos produz um erro menor que o Qui-quadrado. O pacote estatístico Stata versão 12.0 (StataCorp., CollegeStation, Estados Unidos), modo *survey* (*svy*), foi utilizado para a tabulação e análise dos dados.

Este estudo teve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o n.1.023.121/2015.

### **3. RESULTADOS**

Dos 710 participantes deste estudo, 65,7% utilizaram os serviços de unidades em que o projeto estava implantado, destes a maioria era mulher (77,3%), tinha idade entre 20 a 48 anos (64,7%), era casado/convivente (60,4%), não frequentou a escola ou não concluiu o 1º grau (47,5%), tinha renda familiar de até 2 salários mínimos (78,7%) e estava desempregada (70,9%). Dentre aqueles que possuíam escolaridade médio alta (28%), apenas 3 (0,4%) haviam concluído o nível superior. As ocupações elementares (48,2%) e intermediárias (44,9%) predominaram entre os que tinham emprego. Não foi observada diferença estatisticamente significativa na distribuição das principais características sociais e demográficas de usuários de unidades onde o projeto havia sido implantado e daquelas não implantadas (Tabela 1).

**Tabela 1. Número e percentual de usuários (n=710) de unidades da rede básica de saúde de acordo com as características demográficas e socioeconômicas e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006.**

Características Demográficas e Socioeconômicas	Grau de Implantação				<i>p</i> <sup>1</sup>
	Implantados (n=467)		Não implantados (n=243)		
	n	%	N	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	106	22,7	52	21,4	0,693
Feminino	361	77,3	191	78,6	
<b>Grupo Etário</b>					
10 a 19	55	11,8	28	11,5	0,159
20 a 48	302	64,7	165	67,9	
49 a 60	43	9,2	11	4,5	
60 anos e mais	67	14,3	39	16,1	
<b>Escolaridade</b>					
Baixa	222	47,5	114	46,9	0,977
Média	114	24,4	59	24,3	
Médio Alta	131	28,1	70	28,8	
<b>Situação conjugal</b>					
Solteiro	140	29,9	65	26,8	0,160
Viúvo(a)	20	4,3	19	7,8	
Casado/Convivente	282	60,4	150	61,7	
Divorciado(a)	25	5,4	9	3,7	
<b>Situação profissional</b>					
Empregado	135	28,9	78	32,1	0,379
Desempregado	332	71,1	165	67,9	
<b>Renda familiar (n=676) <sup>2</sup></b>					
Até 2 salários mínimos	350	78,7	184	79,7	<sup>3</sup> 0,725
Entre 2 -5 salários mínimos	87	19,5	45	19,4	
Acima de 5 salários mínimos	8	1,8	2	0,9	
<b>Tempo de residência no município</b>					
Não reside no município	4	0,9	4	1,7	<sup>3</sup> 0,681
Reside ha menos de 10 anos	47	10,1	20	8,2	
Reside ha mais de 10 anos	166	35,5	89	36,6	
Sempre morou	250	53,5	130	53,5	
<b>Ocupação (n=702) <sup>4</sup></b>					
Elementar	222	48,2	113	46,9	0,799
Intermediário	207	44,9	108	44,8	
Qualificado	32	6,9	20	8,3	

1=  $p > 0,05$

2, 4=  $n < 710$  pois foram excluídas as respostas não se aplica, e não sei/sem resposta.

3= Teste de qui-quadrado Exato de Fisher.

Salário mínimo em 2006: R\$ 350,0

Quanto ao capital cultural dos usuários (Tabela 2) observa-se nas unidades implantadas que os usuários com capital cultural médio alto não pegaram fila (84,7%), fizeram marcação por telefone ou lista de espera (31,3%), não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta (85,5%) e, fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas (69,1%), sendo que, para as variáveis hora de chegada na fila ( $p=0,008$ ) e forma de marcação ( $p < 0,001$ ) a diferença foi estatisticamente significativa. Nas unidades não implantadas 79,7% dos usuários de capital cultural médio não pegaram fila e 77,9% deles não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta. Quanto a forma de marcação 10,0% dos usuários de capital cultural médio alto fizeram marcação por telefone ou lista de espera, e 79,4% fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas, quanto ao tempo de agendamento da consulta ( $p=0,030$ ) observa-se uma relação estatisticamente significativa.

Na Tabela 3 o capital econômico foi estratificado em 2 categorias (baixo e médio alto), para as unidades implantadas os usuários de capital econômico médio alto não pegaram fila (85,3%), fizeram marcação por telefone ou lista de espera (27,4%), não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta (89,5%) e, fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas (78,3%), a variável hora de chegada na fila ( $p < 0,05$ ) apresentou relação estatisticamente significativa. Nas unidades não implantadas mais de 80% dos usuários de capital econômico médio alto não pegaram fila, não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta e, fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas.

Tabela 2. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com o Capital Cultural, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006.

Características de utilização dos serviços		Hora de chegada na fila				Forma de marcação				Tempo de espera para marcação consulta				Tempo de agendamento da consulta																			
Situação de implantação	Capital Cultural	Total	Não pegou fila		Entre 6h e 8h da manhã		Noite anterior até as 6h da manhã		<i>p</i> *	Total	Telefone e lista de espera		Profissional marcou		Presencial		<i>p</i> *	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos		Esperou até 1 hora		Esperou mais que 1 hora		<i>p</i> **	Total	Mesmo dia até 2 semanas		Entre 3 semanas e 1 mês		Mais de 1 mês		<i>p</i> *
		n	%	%	%		n	%	%	%		N	%	%	%		N	%	%	%		N	%	%	%		N	%	%	%			
Implantados	Médio-alto	131	84,7	12	3,1		131	31,3	20	49		131	85,5	9,2	5,3		123	69,1	25,2	5,7													
	Médio	114	73,7	23	3,5	0,008	114	18,4	24	58	0,000	114	83,3	8,8	7,9	0,410	106	75,5	16,0	8,5	0,194												
	Baixo	222	68,9	28	2,7		221	14,0	15,0	71,0		221	77,8	13,1	9,1		202	68,3	19,8	12													
Não-implantados	Médio-alto	70	65,7	21	12,9		70	10,0	21	69		70	62,9	10,0	27,1		68	79,4	10,3	10													
	Médio	59	79,7	14	6,8	0,443	58	5,2	34	60	0,511	59	77,9	13,6	8,5	0,073	53	73,6	26,4	-	0,030												
	Baixo	114	71,1	21,0	7,9		112	7,1	27	66,1		114	72,8	12,3	14,9		106	77,4	16,0	6,6													

\* Teste de qui-quadrado Exato de Fisher.

\*\* Teste qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 3. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com o Capital Econômico, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006.**

Características de utilização dos serviços		Hora de chegada na fila				Forma de marcação				Tempo de espera para marcação consulta				Tempo de agendamento da consulta							
Situação de implantação	Capital Econômico	Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	<i>p</i> *	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	<i>p</i> **	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora	<i>p</i> *	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	<i>p</i> *
		n	%	%	%		N	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%	
Implantados	Médio-alto	95	85,3	12,6	2,1	0,047	95	27,4	20,0	52,6	0,127	95	89,5	7,4	3,1	0,091	92	78,3	15,2	6,5	0,156
	Baixo	350	73,4	23,4	3,1		349	18,6	18,6	62,8		349	79,9	11,8	8,3		317	67,5	22,4	10,1	
Não – implantados	Médio-alto	47	80,9	17,0	2,1	0,142	47	12,8	31,9	55,3	0,212	47	80,8	4,3	14,9	0,144	44	86,4	9,1	4,6	0,209
	Baixo	184	69,6	19,5	10,9		181	6,6	26,0	67,4		184	68,5	14,1	17,4		171	73,7	19,9	6,4	

\* Teste de qui-quadrado Exato de Fisher.

\*\* Teste qui-quadrado de Pearson.

No que tange a CSO do usuário (Tabela 4) se observou que nas unidades implantadas os usuários de CSO qualificado não pegaram fila (90,6%), não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta (87,5%), os usuários de CSO intermediário fizeram marcação por telefone ou lista de espera (24,8%), e 78,3% deles fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas ( $p=0,013$ ), sendo esta relação estatisticamente significativa. Já nas unidades não-implantadas os usuários de CSO elementar não pegaram fila (72,6%) e, não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta (74,3%).

Quanto à trajetória social dos usuários (Tabela 5) observou-se nas unidades implantadas que os usuários de trajetórias sociais ascendentes não pegaram fila (80,8%), e fizeram marcação por telefone ou lista de espera (23,2%), 86,1% dos usuários de trajetória estável não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta, e 71,7% daqueles de trajetória descendente fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas. Nas unidades não implantadas 73,1% dos usuários de trajetórias descendentes não pegaram fila e, não esperaram ou esperaram até 15 minutos para marcação da consulta, os usuários de trajetória estável fizeram marcação por telefone ou lista de espera (8,7%), e 79,1% deles fizeram agendamento da consulta no mesmo dia até 2 semanas. Não houve diferença estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis dos dois tipos de unidades.

Nas unidades onde o projeto estava implantado observa-se um gradiente em relação às variáveis: forma de marcação e tempo de espera para marcação da consulta, quanto maior o capital cultural maior a proporção dos usuários que marcaram a consulta por telefone e lista de espera, e que esperaram até 15 minutos para marca-la. Inversamente quanto menor o capital cultural, maior a proporção de usuários que marcaram de forma presencial, e que esperaram mais de 1h para marcar a consulta (Tabela 2). Outros gradientes puderam ser observados nas unidades onde o projeto estava implantado para todas as variáveis de acesso e o capital econômico, assim quanto maior o capital econômico maior a proporção de usuários que fizeram boa utilização. E de forma inversa quanto menor o capital econômico maior a proporção de usuários que chegaram entre 6h e 8h da manhã na fila, que marcaram de forma presencial, esperaram mais de 1h para marcar a consulta, e que agendaram a consulta para mais de um mês (Tabela 3).

Tabela 4. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a Categoria Sócio-ocupacional, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006.

Características de utilização dos serviços		Hora de chegada na fila				Forma de marcação				Tempo de espera para marcação consulta				Tempo de agendamento da consulta							
Situação de implantação	Categoria Sócio-ocupacional	Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	<i>p</i> *	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	<i>p</i> *	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora	<i>p</i> *	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	<i>p</i> *
		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%	
Implantados	Qualificado	32	90,6	6,3	3,1		32	21,9	18,7	59,4		32	87,5	9,4	3,1		30	60,0	40,0	-	
	Intermediário	207	73,9	21,7	4,4	0,059	206	24,8	19,9	55,3	0,064	206	81,0	11,2	7,8	0,934	189	74,6	18,0	7,4	0,013
	Elementar	222	73,0	25,2	1,8		222	14,9	17,1	68,0		222	80,6	10,8	8,6		206	67,5	19,9	12,6	
Não-implantados	Qualificado	20	70,0	20,0	10,0		20	10,0	15,0	75,0		20	70,0	15,0	15,0		19	84,2	10,5	5,3	
	Intermediário	108	71,3	17,6	11,1	0,837	107	7,45	27,1	65	0,736	108	68,5	13,9	17,6	0,854	104	82,7	13,5	3,8	0,212
	Elementar	113	72,6	20,4	7,0		111	7,2	29,7	63,1		113	74,3	9,7	16,0		102	69,6	21,6	8,8	

\* Teste de qui-quadrado Exato de Fisher.

Tabela 5. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a Trajetória social, características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006.

Características de utilização dos serviços		Hora de chegada na fila				Forma de marcação				Tempo de espera para marcação consulta				Tempo de agendamento da consulta												
Situação de implantação	Trajetória social	Total	Não pegou fila		Noite anterior até as 6h da manhã	P*	Total	Telefone e lista de espera		Profissional marcou	Presencial	P*	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos		Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora		P*	Total	Mesmo dia até 2 semanas		Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês		P*
		n	%	%	%		n	%	%	%			n	%	%	%	N	%		%	%					
Implantados	Ascendente	99	80,8	16,2	3,0		99	23,2	25,3	51,5		99	83,8	8,1	8,1		94	63,8	28,7	7,5						
	Estável	137	78,1	19,0	2,9	0,984	137	16,8	21,2	62,0	0,475	137	86,1	6,6	7,3	0,798	123	65,0	23,6	11,4	0,366					
	Descendente	50	80,0	18,0	2,0		50	20,0	28,0	52,0		50	82,0	12,0	6,0		46	71,7	26,1	2,2						
Não-implantados	Ascendente	50	70,0	16,0	14,0		50	4,0	24,0	72,0		50	68,0	14,0	18,0		47	74,5	19,1	6,4						
	Estável	70	65,7	20,0	14,3	0,235	69	8,7	21,7	69,6	0,203	70	67,1	12,9	20,0	0,671	67	79,1	16,4	4,5	0,924					
	Descendente	26	73,1	26,9	-		26	-	42,3	57,7		26	73,1	19,2	7,7		26	73,1	19,2	7,7						

\* Teste de qui-quadrado Exato de Fisher.

#### 4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que a posição no espaço social, aferida de forma aproximada pela renda, escolaridade, ocupação e trajetória social influenciou na utilização dos serviços de saúde mesmo após implantação de intervenções para melhoria da acessibilidade na rede básica de saúde do SUS.

A análise das principais características demográficas e sociais da amostra revela tratar-se de segmento da população oriundo das classes populares e médias, cujo perfil dos indivíduos atendidos na rede básica do SUS era razoavelmente homogêneo entre as unidades implantadas e não implantadas, sendo compatível com os de outros trabalhos, tendo predominância de mulheres, de baixa renda e baixa escolaridade (RIBEIRO et al., 2006; PASKULIN, 2011).

O gradiente observado entre a acessibilidade, a escolaridade, renda e categoria sócio-ocupacional, para algumas variáveis de efeito, reforça a relação entre a posição do usuário no espaço social, mesmo em um universo relativamente homogêneo oriundo das classes populares.

A associação positiva encontrada no presente estudo entre o nível de escolaridade e a utilização dos serviços de saúde também foi verificado por Barata (2008) na região metropolitana de São Paulo. Essa associação pode relacionar-se não apenas com a melhor informação sobre os serviços relacionada com a escolaridade como com a normatividade dessas pessoas (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010c). A informação em saúde impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como no acesso aos serviços, assim a informação deve ser adequada à cultura e ao nível educacional de cada grupo populacional (TRAVASSOS & CASTRO, 2008).

Entre os fatores que podem influenciar na utilização dos serviços de saúde também está à renda. Neste estudo os usuários com maior renda familiar fizeram melhor utilização dos serviços para todas variáveis de efeito, independente da unidade ter ou não implantado o projeto para melhoria da acessibilidade. Este quadro evidencia o fato de que mesmo na rede básica do SUS, na qual os serviços são gratuitos e o acesso é universal, existe uma desigualdade na utilização em detrimento dos usuários dotados de menos recursos econômicos e culturais. Muitos trabalhos evidenciam que, em geral existe uma relação diretamente proporcional entre o

aumento da renda e a utilização de serviços privados e, uma relação inversa com a utilização do SUS (RIBEIRO, 2006; COSTA, 2010; BOING, 2010).

No presente estudo a maioria da amostra era de desempregados, fato que em parte pode ser explicado pela possível incompatibilidade do horário de funcionamento do serviço com o horário disponível pelo usuário empregado, mas também pela ausência de alternativas assistenciais para esse segmento. Dentre os usuários empregados, mesmo a maioria tendo ocupação elementar, observou-se que aqueles que possuíam ocupação qualificada fizeram melhor utilização dos serviços quando comparado às demais categorias ocupacionais, tanto em unidades que o projeto foi implantado quanto não implantado. Ao analisar se o tipo de vínculo de trabalho estava associado a diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil, Miquilin et al. (2013) observaram que os trabalhadores informais e os desempregados mesmo referindo pior condição de saúde, apresentaram menor acesso aos serviços, quando comparados aos trabalhadores formais. Travassos et al. (2002) também constataram uma menor chance de uso de serviços de saúde para trabalhadores do mercado informal da economia e autônomos, em relação aos empregados no setor formal.

A análise da trajetória social dos usuários mostrou que, com a implantação do projeto para melhoria da acessibilidade, os usuários com a trajetória ascendente melhor usufruíram das mudanças. Cabe destacar que o projeto voltado para a melhoria da acessibilidade foi operacionalizado em todas as unidades de saúde do município. Contudo, quando foi feita a avaliação do grau da implantação as unidades foram classificadas como implantadas ou não, a depender do escore obtido (VIEIRA-DASILVA et al., 2010a). Este fato pode ter contribuído para que a maioria dos usuários, independente do grau de implantação da unidade, fizessem boa utilização dos serviços.

Os achados deste estudo apontam para existência de desigualdades no acesso a serviços da rede básica de saúde, desigualdades estas que se mantiveram mesmo após a implantação do projeto para melhorar a acessibilidade e a intervenção sobre a dimensão sócio-organizacional do serviço. Quanto às características dos usuários, diversos trabalhos sugerem um amplo acordo na literatura de que o nível de escolaridade influencia no acesso e também na utilização dos serviços de saúde, visto que o grau de escolaridade molda o tipo de trabalho que se pode obter, a renda, e as

condições de vida (TRAVASSOS et al., 2002; REGIDOR, 2006; DOMINGUES et al., 2013).

Os usuários da rede básica de saúde participantes do estudo apresentaram características sociais bastante homogêneas, mas a análise estratificada permitiu a identificação de diferentes posições no espaço social, decorrentes das diferentes composições de capitais. Assim, pertencer a um espaço social de maior capital cultural e econômico, de ocupação qualificada influenciou positivamente na utilização dos serviços da rede básica de saúde frente a intervenções para melhoria da acessibilidade. A distribuição diferencial das pessoas no espaço social repercute em diferentes tomadas de posição mesmo frente a intervenções voltadas para melhoria da acessibilidade.

No Brasil, poucos estudos se propoem a investigar a influência de desigualdades sociais em situações concretas onde existiram intervenções voltadas para melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde. Assim este estudo contribui para preencher parcialmente esta lacuna bem como trazendo elementos para a discussão acerca da potencialidade e também dos limites de intervenções voltadas para dimensão sócio organizacional da acessibilidade aos serviços de saúde. Os achados aqui analisados mostram que a melhoria da acessibilidade e a redução das barreiras na utilização dos serviços de saúde não podem ser obtidas unicamente com intervenções sobre os serviços de saúde, em parte, dependem de ações que extrapolam este setor e de políticas econômicas e sociais que visem à redução das desigualdades sociais e iniquidades em saúde (SANCHES et al., 2012, LOIGNON et al., 2015).

Quanto às limitações desse estudo, a extrapolação dos achados deve ser cautelosa, visto que se refere a um único município e a amostra não teve base populacional, pois foram entrevistados somente usuários que procuraram e tiveram acesso aos serviços de saúde da rede básica. Como os dados apresentados correspondem a estudo transversal, não é possível estabelecer relação de causalidade entre as categorias analisadas. A incipiente produção científica no que tange a avaliação de intervenções voltadas para melhoria da acessibilidade e a influência das desigualdades sociais, remete a necessidade da realização de novos estudos a fim de melhor elucidar as possíveis relações existentes. Particularmente importante manter os inquéritos nacionais a exemplo da PNAD saúde.

Este estudo permite elaborar recomendações voltadas para o aperfeiçoamento das políticas de saúde e o planejamento local da atenção básica. A adoção de estratégias voltadas para a discriminação positiva pode diminuir as iniquidades em saúde e favorecer a utilização dos usuários dotados de menor quantidade de recursos econômicos e culturais, visto que, as intervenções em massa para melhoria da acessibilidade funcionam, mas podem não satisfazer as necessidades desses usuários. Desta forma, a atenção básica pode ser efetivamente o contato preferencial do usuário e a porta de entrada no sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.M. Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Serviços em nível local: uma análise comparativa (nove estudos de casos). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1989.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of The Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v.99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- BARATA, R. B. acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.
- BOEING, A.F.; MATOS, I.B.; ARRUDAS, M.P.; OLIVEIRA, M.C.; NJAINES, K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *RevAssocMedBras*, v.56, n.1, p. 41-6, jan-fev, 2010.
- BOURDIEU, P. *Meditações pascalianas*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2007. 320 p (a).
- \_\_\_\_\_. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 11. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996. 224 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização / Ministério da Saúde Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1273-1284, jul., 2012.

COSTA, A. C. M.; ALVES, M. T. S. S. B. Fatores associados à utilização de serviços de saúde em municípios maranhenses. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 2010.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.26, v.4, p.725-37, abr, 2010.

DOMINGUES, R. M.S. M. et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.16 n.4, dez. 2013.

DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Haward University Press. 1973.

DONABEDIAN, A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.

DONABEDIAN, A. "The Seven Pillars of Quality", in *Arch. Pathol. Lab. Med.*, v. 114, n.11, p.1115-8,1990.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun. 1999.

FRENK, J.M. El concepto y la medición de accesibilidad. In: White, K.L., editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPSA, 1992. p.929-43.

HAINES, A.; HORTON, R.; BHUTTA, Z. Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata – A call for papers. *The Lancet*, v. 370, n. 9591, p. 911–913, 2007.

LINS, L.E.H.; ARRUDA, G.C.F.; V.J.M.S. et al. Avaliação do acolhimento na unidade de saúde da família Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE. *Ver Epidemiol Control Infect.* v.3, n.1, p. 02-06, 2013.

LOIGNON, C. et al. Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUihealthY project. *International Journal for Equity in Health*, v. 14, n. 4, 2015.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.11, p. 2903-2912, 2012.

MIQUILIN, I. O. P.; MARIN-LEON, L.; MONTEIRO, M. I.; CORREA FILHO, H. R. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.29, n.7, p. 1392-406, 2013.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. R.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L. ; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* (North American edition), v. 377, p. 9-28, 2011.

PASKULIN, L. M.G; VALER, D. B.; VIANNA, L. A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc.saúdecoletiva*, v.16, n.6, p. 2935-44, 2011.

REGIDOR, E. Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *J EpidemiolCommunity Health*, n. 60, p.896–901, 2006.

RIBEIRO, M. C. S.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. A.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.4, p. 1011-1022, 2006.

ROVER, M. R. M. Humanizando o Acesso de Medicamentos na Farmácia Escola UFSC/PMF. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. v. 9, n. 3, p. 35-40, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Acolhimento, o pensar, o fazer, o viver. São Paulo; 2002.

SALVADOR. Acolhimento na atenção básica em Salvador: plano para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento. Salvador: Cooperação Técnica do Instituto de Saúde Coletiva/ Secretaria Municipal de Saúde de Salvador; 2005.

SALVADOR. Relatórios técnicos do plano de acolhimento e melhoria da acessibilidade 2005-2008. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Coordenação de Atenção e Prevenção à Saúde / Instituto de Saúde Coletiva; 2008.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. panam. salud pública*, v.31, n. 3, p.260-268, 2012.

SANTOS, J.A.F. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2005, v.20, n.58, p. 27-45.

SILVA JUNIOR, E.S.; MEDINA, M.G. AQUINO, R. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov., 2010.

SOLLA, J. J. S. P.; SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 361-397.

SOUSA, F. L. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais, *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4 Apr. 2014.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARAES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*, n. 46, v.6, p.1007-13, 2012.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.1, p. 133-49.2000.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, C.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. v.11, n.5/6, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, suppl.2, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.4, p. 975-86, 2006.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S131-S143 nov., 2010a.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health*. Published Online First 18 August 2010b.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. Saúde e espaço social. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, p. 180-200. 2010c.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Tabelas

**Tabela 6. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com as características da utilização dos serviços de saúde e situação de implantação do Projeto de melhoria da acessibilidade. Salvador-Bahia, 2006.**

Característica da Utilização dos Serviços de Saúde	Grau de Implantação						p*
			Implantados		Não implantados		
	N	%	n	%	n	%	
<b>Hora de chegada na fila</b>							
Não pegou fila	522	74	348	75	174	72	0,000
Entre 6 e 8 horas da manhã	152	21	105	22	47	19	
Noite anterior até as 6 horas da manhã	36	5	14	3	22	9	
<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>100</b>	<b>467</b>	<b>100</b>	<b>243</b>	<b>100</b>	
<b>Forma de marcação<sup>1</sup></b>							
Telefone e lista de espera	111	16	93	20	18	7	0,002
Profissional marcou	151	21	86	18	65	28	
Presencial	444	63	287	62	157	65	
<b>Total</b>	<b>706</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	
<b>Tempo de espera para marcação consulta<sup>2</sup></b>							
Não esperou ou esperou até 15 minutos	552	78	379	81	173	72	0,001
Esperou até uma hora	80	11	51	11	29	12	
Esperou mais que 1 hora	77	11	36	8	41	17	
<b>Total</b>	<b>709</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>243</b>	<b>100</b>	
<b>Tempo de agendamento da consulta<sup>3</sup></b>							
Mesmo dia até 2 semanas	478	73	303	70	175	77	0,255
entre 3 semanas e 1 mês	126	19	88	20	38	17	
mais de 1 mês	54	8	40	9	14	6	
<b>Total</b>	<b>658</b>	<b>100</b>	<b>431</b>	<b>100</b>	<b>227</b>	<b>100</b>	

\*Teste de qui-quadrado de Pearson.

1, 2, 3= n < 710 pois foram excluídas as respostas: não se aplica, e não sei/sem resposta.

Tabela 7. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a utilização dos Serviços de Saúde, segundo capital econômico e cultural dos usuários, de Unidades de Saúde da rede básica de Salvador, onde o Projeto esteve implantado. Salvador - Bahia, 2006.

Capital econômico	Capital cultural	Hora de chegada na fila					Forma de marcação					Tempo de espera para marcação consulta					Tempo de agendamento da consulta					
		Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	p*	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	p*	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora	p*	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	p*	
		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		
Renda	Alto	Alta	4	75	0	25		4	50	25	25		4	75	0	25		4	75	0	25	
		Média	1	100	0	0	1	1	0	0	100	1	1	100	0	0	1	1	100	0	0	1
		Baixa	3	100	0	0		3	33	0	67		3	100	0	0		2	100	0	0	
	Médio	Alta	46	93	7	0		46	28	26	46		46	91	7	2		44	75	25	0	
		Média	21	86	14	0	0,018	21	29	14	57	0,63	21	95	5	0	0,576	21	90	5	5	0,012
		Baixa	20	65	30	5		20	20	15	65		20	80	15	5		20	70	10	20	
	Baixo	Alta	78	81	15	4		78	32	15	53		78	82	12	6		72	25	28	7	
		Média	84	74	23	3	0,31	84	17	28	55	0,002	84	82	10	8	0,949	76	70	20	10	0,866
		Baixa	188	70	27	3		187	14	16	70		187	78	13	9		169	68	21	11	

\* Teste de qui-quadrado Exato de Fisher.

Tabela 8. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a utilização dos Serviços de Saúde, segundo capital econômico e cultural dos usuários, de Unidades de Saúde da rede básica de Salvador, onde o Projeto não estava implantado. Salvador - Bahia, 2006.

Renda	Escolaridade	Hora de chegada na fila					Forma de marcação					Tempo de espera para marcação consulta					Tempo de agendamento da consulta					
		Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	p*	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	p*	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora	p*	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	p*	
		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		
Renda	Alto	Alta	1	100	0	0		1	0	0	100		1	100	0	0		1	100	0	0	
		Média	1	100	0	0	**	1	0	100	0	0,5	1	100	0	0	**	1	0	100	0	0,5
		Baixa	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
	Médio	Alta	24	83	17	0		24	12,5	25	63		24	87,5	0	12,5		24	88	4	8	
		Média	8	87,5	12,5	0	0,638	8	25	50	25	0,38	8	87,5	0	12,5	0,189	6	83	17	0	0,157
		Baixa	13	69	23	8		13	8	31	61		13	62	15	23		12	92	8	0	
	Baixo	Alta	44	57	23	20		44	9	18	73		44	48	16	36		42	76	14	10	
		Média	49	78	14	8	0,14	48	2	33	65	0,47	49	76	16	8	0,004	45	73	27	0	0,324
		Baixa	91	71	21	8		89	8	26	66		91	75	12	13		84	73	19	8	

\* Teste de qui-quadrado exato de Fisher.

\*\* Não foi possível o cálculo do p-valor.

Tabela 9. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a utilização dos Serviços de Saúde, segundo situação ocupacional e trajetória social dos usuários de Unidades de Saúde da rede básica de Salvador, onde o Projeto estava implantado. Salvador - Bahia, 2006.

Trajetória social	Categoria sócio ocupacional	Hora de chegada na fila				Forma de marcação				Tempo de espera para marcação consulta				Tempo de agendamento da consulta								
		Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	p-valor*	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	p-valor*	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora	p-valor*	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	p-valor*	
		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		
Trajetória social	Ascendente	Qualificado	13	100	0	0		13	23	15	62		13	100	0	0		13	46	54	0	
		Intermediário	53	79	17	4	0,46	53	23	26	51	0,928	53	81	11	8	0,52	49	63	29	8	0,397
		Elementar	31	78	19	3		61	23	29	48		31	81	6	13		30	70	20	10	
	Estável	Qualificado	9	89	0	11		9	11	22	67		9	78	11	11		9	67	33	0	
		Intermediário	57	79	19	2	0,335	57	21	26	53	0,294	57	91	5	4	0,37	50	66	20	14	0,867
		Elementar	69	75	22	3		69	13	16	72		69	83	7	10		62	63	26	11	
	Descendente	Qualificado	1	100	0	0		1	0	0	100		1	100	0	0		1	0	100	0	
		Intermediário	28	78	18	4	1	28	29	25	46	0,415	28	82	14	4	0,781	27	74	26	0	0,258
		Elementar	21	91	19	0		21	10	33	57		21	81	9,5	9,5		18	72	22	6	

\* Teste de qui-quadrado exato de Fisher.

**Tabela 10. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a utilização dos Serviços de Saúde, segundo situação ocupacional e trajetória social dos usuários de Unidades de Saúde da rede básica de Salvador, onde o Projeto não estava implantado. Salvador - Bahia, 2006.**

Trajetória social	Categoria sócio ocupacional	Hora de chegada na fila					Forma de marcação					Tempo de espera para marcação consulta					Tempo de agendamento da consulta					
		Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	<i>p</i> *	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	<i>p</i> *	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até 1 hora	Esperou mais que 1 hora	<i>p</i> *	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	<i>p</i> *	
		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		
Trajetória social	Ascendente	Qualificado	8	75	12,5	12,5		8	12,5	12,5	75		8	75	12,5	12,5		8	100	0	0	
		Intermediário	29	76	10	14	0,532	29	3	31	66	0,482	29	72	14	14	0,734	27	70	22	8	0,728
		Elementar	13	54	31	15		13	0	15	85		13	54	15	31		12	67	25	8	
	Estável	Qualificado	8	75	12,5	12,5		8	12,5	12,5	75		8	75	0	25		7	71	29	0	
		Intermediário	27	63	18	18	0,532	27	11	15	74	0,667	27	59	15	26	0,649	27	100	0	0	0,002
		Elementar	35	66	23	11		34	6	29	65		35	72	14	14		33	64	27	9	
	Descendente	Qualificado	2	0	100	0		2	0	0	100		2	50	50	0		2	50	0	50	
		Intermediário	10	80	20	0	0,078	10	0	60	40	0,432	10	70	30	0	0,29	10	70	20	10	0,341
		Elementar	12	83	17	0		12	0	42	58		12	84	8	8		12	75	25	0	

\* Teste de qui-quadrado exato de Fisher.

Tabela 11. Número e percentual de usuários de unidades da rede básica de saúde de acordo com a utilização dos Serviços de Saúde, segundo Categoria sócio ocupacional e Grau de implantação do Projeto nas Unidades de Saúde da rede básica de Salvador, 2006.

Categoria sócio ocupacional	Grau de implantação	Hora de chegada na fila				Forma de marcação				Tempo de espera para marcação consulta				Tempo de agendamento da consulta								
		Total	Não pegou fila	Entre 6h e 8h da manhã	Noite anterior até as 6h da manhã	p*	Total	Telefone e lista de espera	Profissional marcou	Presencial	p*	Total	Não esperou ou esperou até 15 minutos	Esperou até uma hora	Esperou entre 1 e 4 horas	p*	Total	Mesmo dia até 2 semanas	Entre 3 semanas e 1 mês	Mais de 1 mês	p*	
		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		n	%	%	%		
Categoria sócio ocupacional	Qualificado	Implantado	32	91	6	3	32	22	19	59		32	88	9	3		30	60	40	0		
		Não-implantado	20	70	20	10	0,146	20	10	15	75	0,505	20	70	15	15	0,206	19	84	11	5	0,7
	Intermediário	Implantado	207	74	22	4		206	25	20	55		206	81	11	8		189	75	18	7	
		Não-implantado	108	71	18	11	0,072	107	8	27	65	0,001	108	68	14	18	0,026	104	83	13	4	0,148
	Elementar	Implantado	222	73	25	2		222	15	17	68		222	81	11	8		206	67	20	13	
		Não-implantado	113	73	20	7	0,042	111	7	30	63	0,003	113	74	10	16	0,135	102	70	21	9	0,654

\* Teste de qui-quadrado exato de Fisher.

## APÊNDICE B – QUADRO DE AGREGAÇÃO DAS VARIÁVEIS

**Quadro 1. Agregação das variáveis relacionadas ao acesso aos serviços, de acordo com o questionário aplicado aos usuários, Salvador-BA, 2006.**

Acesso aos serviços de saúde	Variáveis do Questionário
<b>Hora de chegada na fila</b>	<b>23V. Que horas chegou na fila?</b>
Não pegou fila	6) Entre 8 e 12 horas 7) Entre 13 e 17 horas 10) Não se aplica
Entre 6 e 8 horas da manhã	4) Entre 6 e 7h da manhã 5) Entre 7 e 8 h da manhã
Noite anterior até as 6 horas da manhã	1) Na noite anterior 2) Antes de 4h da manhã 3) Entre 5 e 6h da manhã
<b>Forma de marcação</b>	<b>22V. Como foi que o(a) senhor(a) conseguiu a vaga para ser atendido hoje?</b>
Telefone e lista de espera	3. Marcou consulta por telefone 6. Lista de espera
Profissional marcou	4. O médico/outra profissional agendou o retorno 5. O ACS marcou a consulta 7. Um profissional conhecido da Unidade marcou
Presencial	1. Pegou a ficha 2. Marcou consulta presencialmente no SAME 8. Um terceiro (amigo/familiar) marcou
<b>Tempo de espera para marcação consulta</b>	<b>25V. Quanto tempo esperou para marcar a consulta (tempo entre a chegada na Unidade e a marcação)?</b>
Não esperou ou esperou até 15 minutos	1. Não esperei ou até quinze minutos
Esperou até uma hora	2. Até uma hora
Esperou mais que 1 hora	3. Entre 1 e 2 horas 4. Entre 2 e 4 horas 5. Mais que 4 horas
<b>Tempo de agendamento da consulta</b>	<b>26V. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta)?</b>
Mesmo dia até 2 semanas	1) Para o mesmo dia 2) De 1 a 3 dias 3) De 3 a 6 dias 4) 1 semana 5) Mais que 1 semana 6) entre 1 e 2 semanas
Entre 3 semanas e 1 mês	7) Entre 3 e 4 semanas 8) 1 mês
Mais de 1 mês	10) Mais de 1 mês

**APÊNDICE C– Projeto de Pesquisa Qualificação**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**DAIANE CELESTINO MELO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E POSIÇÃO NO  
ESPAÇO SOCIAL DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA EM UMA  
CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL**

**PROJETO DE PESQUISA - QUALIFICAÇÃO**

SALVADOR  
2014

**DAIANE CELESTINO MELO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E POSIÇÃO NO  
ESPAÇO SOCIAL DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA EM UMA  
CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, para exame de qualificação do Mestrado. Área de concentração: Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ligia Maria Vieira da Silva

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

SALVADOR

2014

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>2</b>	<b>PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>07</b>
3.1	GERAL.....	07
3.2	ESPECÍFICOS.....	07
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>08</b>
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	08
4.2	DESENHO DO ESTUDO.....	10
4.3	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	11
4.4	PLANO DE ANÁLISE.....	12
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	13
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>14</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>16</b>
	APÊNDICE A – CRONOGRAMA.....	17
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>18</b>
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO.....	19
	ANEXO B – PARECER CEP 2005.....	20

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos no Brasil, registrou-se uma ampliação no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente em relação à atenção básica. Este fato relaciona-se ao aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família, considerado estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde no país (IBGE, 2008).

A acessibilidade tem sido definida como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil, e corresponde tanto a características dos serviços quanto dos recursos dos usuários que facilitam ou dificultam seu uso. Neste trabalho utiliza-se como conceito de acessibilidade a definição do Avedis Donabedian (1973), que definiu acessibilidade como características do serviço que permitem que o mesmo seja mais facilmente utilizado pelos usuários, assim o acesso equivale a utilização e acessibilidade como facilidade de utilização.

A acessibilidade envolve tanto os recursos de poder dos usuários, que podem ser de natureza econômica, social e cultural, quanto às características dos serviços, que podem representar barreiras à utilização. Estas características podem ser da dimensão sócio-organizacional, quando referem-se com o funcionamento do serviço, ou da dimensão geográfica, quando se referem à distância física, aos custos da viagem, e ao tempo de locomoção entre o domicílio e o serviço de saúde.

No Brasil foram localizados trabalhos que identificaram problemas na acessibilidade de ordem geográfica (SILVA JUNIOR et al., 2010; TRAVASSOS et al., 2006) e da organização dos serviços (CUNHA & VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MENDES et al., 2012; SOUZA et al., 2014). Alguns destes mesmos estudos apontam que com a ampliação da cobertura da atenção básica, os maiores avanços se dão na dimensão da acessibilidade geográfica, enquanto que a dimensão sócio-organizacional apresenta muitos problemas, principalmente relacionados ao tempo de agendamento de consultas e exames.

Também existem estudos que mostram que o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pelas condições sociais (TRAVASSOS & CASTRO, 2008; TRAVASSOS et al., 2000). Assim, indivíduos com maior nível educacional e econômico fazem melhor e maior uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS & CASTRO, 2008; TRAD et al., 2012).

Enquanto a dimensão geográfica das barreiras de acesso requer ações de saúde mais próximas dos usuários, a dimensão da acessibilidade relacionada à organização dos serviços pode ser melhorada, a partir de reorientação de ações, para dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários.

No Brasil, algumas experiências concretas para melhoria da acessibilidade através da implantação de práticas de acolhimento em São Paulo, Betim e Recife revelam o potencial da reorientação organizacional das unidades de saúde na melhoria da utilização dos serviços por parte dos usuários (SÃO PAULO, 2002; FRANCO et al., 1999; LINS et al., 2013).

Em Salvador, visando aperfeiçoar o acolhimento ao usuário da atenção básica a Secretaria Municipal de Saúde elaborou, em junho de 2005, um plano para a melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde (SALVADOR, 2005). O referido plano tinha por objetivos, entre outros, extinguir as filas evitáveis, implantar o agendamento de consultas e reorientar o fluxo de pacientes evitando o rechaço à demanda (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a). A baixa cobertura potencial e real da atenção básica à saúde em Salvador no período reforçava a necessidade da adoção da intervenção proposta em todas as Unidades de Saúde da rede básica do município (CARDOSO & VIEIRA-DA-SILVA et al., 2012).

A avaliação da implantação do plano de melhoria da acessibilidade ocorreu um ano após seu início, em 2006, e revelou melhoria no acesso à atenção básica nas Unidades de Saúde onde o programa estava implantado em relação às unidades não implantadas, especialmente no que diz respeito à redução de filas evitáveis e do tempo de espera para marcação de consultas (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a). No entanto, mesmo nas unidades onde o programa havia sido implantado, alguns usuários não se beneficiaram das medidas tomadas e tiveram dificuldades no acesso aos serviços, chegando mais cedo às unidades (6,8%), aguardando mais tempo para o atendimento (14,6%), e aguardando maior período entre o agendamento e a realização da consulta (22,4%) (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010b)

Estudos prévios têm mostrado que embora a cobertura assistencial tenha sido ampliada persistem problemas no acesso decorrentes de diferenças sociais (TRAVASSOS et al., 2000; 2006). Porém poucos trabalhos investigaram a influência de desigualdades sociais em situações concretas onde existiram intervenções voltadas para melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde.

Dessa forma, o presente estudo pretende interrogar, em que medida a posição ocupada no espaço social pelos usuários da rede básica de saúde do SUS influencia no acesso a estes serviços, frente a medidas voltadas para a redução das barreiras organizacionais? Pretende-se assim verificar se mesmo no interior das classes populares há associação dos espaços sociais ocupados pelos usuários, com os diferentes acessos aos serviços em unidades de saúde que tiveram implantado o plano de melhoria do acesso.

## **2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO**

- Em que medida a posição ocupada pelo usuário no espaço social pode estar relacionada com os diferenciais de utilização mesmo em situações onde existam iniciativas voltadas para a melhoria da acessibilidade?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar associação entre a posição ocupada no espaço social e acessibilidade aos serviços de saúde da rede básica de Salvador.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os usuários e o acesso aos serviços na rede básica de saúde;
- Estimar a associação entre o capital econômico, o capital escolar e a categoria sócio-ocupacional dos usuários com a acessibilidade diferenciada aos serviços de saúde;
- Analisar a trajetória ocupacional e escolar dos usuários e sua relação com o acesso aos serviços de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Grande parte dos estudos epidemiológicos não explicita o referencial teórico utilizado para análise das desigualdades sociais (VIEIRA-DA-SILVA, 2010c). Diversos trabalhos de investigação epidemiológica que abordam a relação da desigualdade no acesso aos serviços de saúde e as condições socioeconômicas a fazem na perspectiva da classe social, com ênfase na abordagem marxista, sendo a maioria das propostas/esquemas de operacionalização de classe baseados na estrutura ocupacional (SOLLA, 1996).

A operacionalização do conceito de classe, isto é, a adequação do conceito abstrato em uma variável mensurável possui muitos problemas e limites, entre eles: a não adequação do esquema às particularidades de cada formação socioeconômica; a definição da inserção de classe de segmento afastados da produção no momento da investigação; a existência de duas ou mais inserções distintas na produção por um mesmo indivíduo e outros (SOLLA, 1996). Além disso, mensurar a classe social por meio de distinções ocupacionais pode não refletir com precisão a concentração de renda, e diluir o peso relativo das relações de propriedade na estratificação social (GIDDENS, 2005).

Outras abordagens privilegiam as interações entre os agentes e as suas percepções secundarizando o papel das estruturas. Diante disto, o referencial teórico da sociologia proposto por Pierre Bourdieu pode trazer contribuições, ao colocar-se como uma alternativa entre a abordagem estruturalista externa e a perspectiva interna (BOURDIEU, 1996; 2007). Embora neste estudo em particular todo o potencial da teoria não será explorado, a seleção das categorias empíricas foi orientada por sua concepção de espaço social, mas relações entre os agentes não foram investigadas. O presente estudo utiliza além da estrutura ocupacional, à abordagem proposta por Bourdieu para estudar a influência das desigualdades sociais nos diferentes acessos aos serviços de saúde.

Para Bourdieu, os agentes sociais situam-se no espaço social em posições definidas, pelo volume e composição do seu capital global no que diz respeito principalmente aos capitais econômico e cultural. A essas posições correspondem

diferentes *habitus*, conjunto de disposições que orientam as tomadas de posição dos agentes sociais em relação ao consumo de bens culturais mas também de serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CHAVES et al, 2008; ESPERIDIÃO, 2007; CUNHA, 2010). Também as trajetórias sociais influenciam a formação do *habitus* dos agentes.

O conceito de espaço social refere-se à distribuição diferencial das pessoas que o ocupam, essa distinção se dá de acordo com a quantidade e a composição das diferentes espécies de capitais, em particular o capital econômico e o capital cultural, em sociedades mais desenvolvidas (BOURDIEU, 1996; 2007a). Assim, “os agentes têm tanto mais em comum, quanto mais próximos estejam nestas duas dimensões, e tanto menos quanto mais distantes estejam nela” (BOURDIEU, 1996, p. 19)

O capital cultural corresponde a um conjunto de bens simbólicos relacionados: ao conhecimento incorporado, à propriedade de bens culturais, e a sua forma institucionalizada como ter um diploma (BOURDIEU, 2007b). No presente estudo será referido o capital escolar por meio do grau de escolaridade dos usuários. Tendo em vista que os títulos escolares são considerados por Bourdieu como uma das formas do capital cultural, a sua aferição possibilita uma aproximação a este tipo de capital cultural.

O capital econômico segundo Bourdieu refere-se a um conjunto de bens econômicos como remunerações e propriedades, mas que não se trata apenas de riqueza. O capital econômico difere-se assim do capital cultural, porém pode garantir aos indivíduos mais meios de acesso a este. A trajetória social pode ser compreendida como uma série de posições sucessivamente ocupadas pelo indivíduo num determinado espaço social e este estudo fará a análise desta trajetória por meio da comparação da profissão e da escolaridade do usuário com o de seu pai.

## **4.2 DESENHO DO ESTUDO**

Este estudo terá como base de dados às entrevistas realizadas no inquérito por amostragem entre usuários de unidades da rede básica de saúde “Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia”, realizada em junho de 2006. O referido estudo teve um corte transversal e a sua metodologia foi descrita

em detalhes em publicação anterior (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2010b). As unidades de saúde foram sorteadas e estratificadas conforme a demanda de usuários a partir da produção de consultas médicas e de enfermagem registradas no SIA-SUS. A amostra também foi estratificada por tipo de unidade e nível de implantação. A distribuição das unidades segundo estes critérios resultou em 4 estratos para cada um dos 12 distritos sanitários num total de 48 estratos: 1- Unidade Básica Tradicional (UBS) e implantado, 2- Unidade Básica Tradicional e não implantados, 3- Unidade de Saúde da Família (USF) e implantado; 4- Unidade de Saúde da Família e não implantado.

O processo amostral empregado foi a forma aleatória simples sem reposição de usuários, utilizando como base, o número de atendimentos por unidade de saúde para o ano de 2005, com alocação proporcional à capacidade de atendimento da unidade de saúde. Para este plano amostral o centro de saúde foi a unidade amostral e o usuário a unidade respondente. Utilizou-se para estimar a variabilidade a proporção máxima ( $P= 0.50$ ) sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 2% ( $d= 0,02$ ) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. Com base nesses parâmetros o tamanho final da amostra foi de 600 acrescido por 20% de prováveis perdas ficou em 720 usuários. Foram entrevistados 740 usuários em função da incorporação de mais uma Unidade de Saúde. Trinta entrevistas foram descartadas em função de problemas no preenchimento do questionário, resultando numa amostra final de 710 usuários (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010b).

#### **4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE**

Esse estudo se utilizará as seguintes perguntas do questionário: 1V, 2V,3V, 7V,8V, 9V, 10V, 11V, 12V, 13V, 14V, 15V, 16V, 17V, 18V, 20V, 21V, 22V, 23V, 24V, 25V, 26V E 28V. Para definir a categoria Capital Escolar serão utilizadas perguntas sobre o grau de escolaridade do usuário, do seu conjugue e dos seus pais. As diferentes escolaridades foram agrupadas em quatro categorias: Capital Escolar Baixo (CEB) sem escolaridade até 1º grau incompleto, Capital Escolar Médio Baixo (CEMB) 1º grau

completo e 2º grau incompleto, Capital Escolar Médio (CEM) 2º completo e superior incompleto, e Capital Escolar Alto (CEA) quando curso superior completo e mais.

A variável renda foi utilizada para definir a categoria Capital Econômico, a renda mensal familiar dos usuários das unidades de saúde foi categorizada pelo número de salários mínimos recebidos.

As ocupações apresentadas pelos usuários, assim como do pai, mãe e cônjuge foram codificadas através da Classificação Brasileira de Ocupações/CBO versão 2002 e agrupadas em 10 grupos segundo Santos (2005) com adaptações<sup>1</sup>, a saber: (1) Empregados qualificados; (2) Trabalhadores; (3) Trabalhadores elementares; (4) Conta-própria precários; (5) Empregados domésticos; (6) Empregados especialistas; (7) Supervisores; (8) Estudante e Estagiário; (10) “Do lar” (trabalho doméstico não remunerado) e (11) Nunca trabalhou. Posteriormente, as ocupações foram reagrupadas em três Categorias Sócio-ocupacionais denominadas CSO elementar (empregado doméstico, conta-própria precário, trabalhador elementar); CSO intermediário (trabalhador) e CSO qualificado (Empregado qualificado, empregado especialista, supervisor).

Para categoria sócio-ocupacional daqueles que eram estudante/estagiário, do lar ou que nunca haviam trabalhado, considerou-se o capital escolar dos mesmos. Assim, os indivíduos considerados CEB foram inseridos em CSO elementar, CEMB integrou o CSO intermediário, e CEM/CEA foi introduzido no CSO qualificado. Alguns usuários não souberam informar o capital cultural da mãe, dessa maneira a posição no espaço social da mãe passou a ser inferida por meio da categoria sócio-ocupacional do pai do usuário.

A Trajetória Ocupacional e a Escolar serão obtidas a partir da comparação do CSO e do Capital Escolar do usuário, com os da sua família. Dessa forma, a trajetória cultural será classificada em: Descendente (capital cultural do usuário menor que o capital cultural familiar); Estável (capital cultural do usuário igual o capital cultural familiar); e Ascendente (capital cultural do usuário maior que o capital cultural familiar).

---

<sup>1</sup>Na classificação de Santos (2005) constam também as categorias: Capitalistas e fazendeiros; Pequenos empregadores; Conta-próprias não agrícolas, Conta-próprias agrícolas; Especialistas auto-empregados; e Gerentes. Como não foi identificado entre os 710 participantes nenhuma destas categorias, estas não foram incluídas nas categorias deste estudo.

As variáveis relacionadas ao acesso ao serviço serão: a forma de marcação da consulta; a hora de chegada a unidade; o tempo de espera para marcação da consulta; e o tempo entre a marcação e a realização da consulta (ANEXO A).

#### **4.4 PLANO DE ANÁLISE**

A base de dados a ser utilizada neste estudo contém 710 entrevistas. Serão consideradas todas as entrevistas para a análise tabular. O estudo inclui a descrição uni e bivariada das características sociais e econômicas dos usuários e do acesso aos serviços.

O software a ser utilizado para tabulação dos dados será o STATA versão 12.0, e para geração dos gráficos o SPAD versão 3.5.

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Quanto aos aspectos éticos, este estudo utilizará o banco de dados do Projeto “Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia”, que teve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 2006 (ANEXO B).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações. Como se almeja realizar novas análises baseadas neste banco de dados será realizada nova submissão ao CEP e seguirá a Resolução N.º 496/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

#### **REFERÊNCIAS**

BOURDIEU, P. *Meditações pascalianas*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2007. 320 p (a).

\_\_\_\_\_. *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: São Paulo: EDUSP; Zouk, 2007. 556 p (b).

\_\_\_\_\_. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 11. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996. 224 p.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1273-1284, jul., 2012.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.26, v.4, p.725-37, abr, 2010.

DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Haward University Press. 1973.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun. 1999.

GIDDENS, A. *Classe, estratificação e desigualdade*. In: \_\_\_\_\_ Sociologia. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 233-253.

LINS, L.E.H.; ARRUDA, G.C.F.; V.J.M.S. et al. Avaliação do acolhimento na unidade de saúde da família Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE. *Ver Epidemiol Control Infect*. v.3, n.1, p. 02-06, 2013

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.11, p. 2903-2912, 2012.

SOUSA, F. L. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais, *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4 Apr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. IBGE / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 2008. 126 p.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Acolhimento, o pensar, o fazer, o viver. São Paulo; 2002.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de. Acolhimento na atenção básica em Salvador: plano para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2005.

SANTOS, J.A.F. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2005, v.20, n.58, p. 27-45.

SILVA JUNIOR, E.S.; MEDINA, M.G. AQUINO, R. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov., 2010.

SOLLA, J.J.S.P. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, n.2 Apr./Jun. 1996.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARAES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*, n. 46, v.6, p.1007-13, 2012.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.1, p. 133-49.2000.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.4, p. 975-86, 2006.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S131-S143 nov., 2010a.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health*. Published Online First 18 August 2010b.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. Saúde e espaço social. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, p. 180-200. 2010c.



## ANEXOS

### ANEXO A- QUESTIONÁRIO



Universidade Federal da Bahia

Projeto CNPq – Avaliação da acessibilidade à atenção básica em Salvador

#### Questionário para os Usuários com consulta agendada naquele dia

Questionário nº \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nome da Unidade/Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Tipo de Unidade:  (UBS – 1 PSF-2) Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

**O informante do questionário é:**

1. Mulher idade fértil  2. Homem  3. Gestante  4. Idoso  5. Acompanhante (pai/mãe/avô/avó) de criança

#### I. Perfil do usuário

**Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas de informação geral:**

1V. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

2V. Sexo: 1. Masculino  2. Feminino

3V. Qual a sua escolaridade?

1. Ensino básico incompleto  2. Ensino básico completo  3. Ensino fundamental incompleto
4. Ensino fundamental completo  5. Ensino médio incompleto  6. Ensino médio completo
7. Superior incompleto  8. Superior completo  10. Pós-graduação
11. Não frequentou a escola

4V. Há quanto tempo reside no município?

1. Há menos de um ano  2. Entre um e cinco anos  3. Entre cinco e dez anos
4. Mais de dez anos  5. Não reside na cidade  6. Sempre morou no município

5V. Lugar da residência anterior: \_\_\_\_\_ (cidade)

6V. Residia em 1. zona urbana  2. zona rural  3. Não se aplica

7V. Você está atualmente trabalhando? 1. Sim  2. Não

8V. Se sim, em quê? \_\_\_\_\_

9V. Se não, qual foi seu último trabalho? \_\_\_\_\_

10V. Situação familiar:

1. Solteiro  2. Viúvo  3. Casado/convivente  4. Divorciado

**Se casado:**

11V. Profissão/ocupação do companheiro(a) \_\_\_\_\_

12V. Qual a escolaridade do(a) companheiro(a)?

1. Ensino básico incompleto       2. Ensino básico completo       3. Ensino fundamental incompleto   
4. Ensino fundamental completo       5. Ensino médio incompleto       6. Ensino médio completo   
7. Superior incompleto       8. Superior completo       10. Pós-graduação   
11. Não frequentou a escola       12. Não sei       13. Não se aplica

13V. Profissão/ocupação (passada ou atual) do pai \_\_\_\_\_

14V. Qual a escolaridade do pai?

1. Ensino básico incompleto       2. Ensino básico completo       3. Ensino fundamental incompleto   
4. Ensino fundamental completo       5. Ensino médio incompleto       6. Ensino médio completo   
7. Superior incompleto       8. Superior completo       10. Pós-graduação   
11. Não frequentou a escola       12. Não sei       13. Não se aplica

15V. Profissão/ocupação (passada ou atual) da mãe \_\_\_\_\_

17V. Se trabalho doméstico, este é remunerado? 1. Sim  2. Não  3. Não se aplica

18V. Qual a escolaridade da mãe?

1. Ensino básico incompleto       2. Ensino básico completo       3. Ensino fundamental incompleto   
4. Ensino fundamental completo       5. Ensino médio incompleto       6. Ensino médio completo   
7. Superior incompleto       8. Superior completo       10. Pós-graduação   
11. Não frequentou a escola       12. Não sei       13. Não se aplica

19V. De um modo geral, o Sr (a) considera o seu próprio estado de saúde como: (citar as alternativas para o usuário)

1. Muito bom  2. Bom  3. Regular  4. Ruim  5. Muito ruim  6. Não se aplica

20V. Qual o rendimento mensal da sua família em Salários Mínimos(SM)?

- 1) Sem rendimento  2) Até 1 SM  3) Mais de 1 a 2 SM  4) Mais de 2 a 3 SM   
5) Mais de 3 a 5 SM  6) Mais de 5 a 10 SM  7) Mais de 10 a 20 SM  8) Mais de 20 SM  10) Não sei

**II. Utilização e Acesso**

**21V. Para que o(a) senhor(a) veio procurar essa Unidade de Saúde?**

1. Consulta médica  2. Consulta odontológica  3. Consulta enfermagem Pré-natal   
4. Outras consultas enfermagem  5. Assistente social  6. Nutricionista  7. Psicólogo   
8. Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**22V. Como foi que o(a) senhor(a) conseguiu a vaga para ser atendido hoje?**

1. Pegou a ficha hoje  2. Marcou consulta presencialmente no SAME  3. Marcou consulta por telefone   
4. O médico/outra profissional agendou o retorno  5. O ACS marcou a consulta  6. Lista de espera

7. Um profissional conhecido da Unidade marcou  8. Um terceiro (amigo/familiar) marcou  10. Outro.  Qual?

Se na questão anterior, foi 1 ou 2:

**23V. Que horas chegou na fila?**

- 1) Na noite anterior  2) Antes de 4h da manhã  3) Entre 5 e 6h da manhã  4) Entre 6 e 7h da manhã   
5) Entre 7 e 8h da manhã  6) Entre 8 e 12 horas  7) Entre 13 e 17 horas   
8) Outro  Qual? \_\_\_\_\_ 10) Não se aplica

**24V. A consulta foi com hora marcada (considerar hora e não turno)?** 1. Sim  2. Não

**25V. Quanto tempo esperou para marcar a consulta (tempo entre a chegada na Unidade e a marcação)?**

1. Não esperei ou até quinze minutos  2. Até uma hora  3. Entre 1 e 2 horas   
4. Entre 2 e 4 horas  5. Mais que 4 horas  6. Outro  \_\_\_\_\_ 7. Não se aplica

**26V. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta)?**

- 1) Para o mesmo dia  2) De 1 a 3 dias  3) De 3 a 6 dias  4) 1 semana  5) Mais que 1 semana   
6) entre 1 e 2 semanas  7) entre 3 e 4 semanas  8) 1 mês  10. Mais de 1 mês   
Quanto tempo? \_\_\_\_\_ (em meses) 11. Não se aplica

**27V. Caso tenha marcado consulta por telefone, como foi o atendimento?**

1. Muito bom  2. Bom  3. Regular  4. Ruim  5. Muito ruim  6. Não se aplica

**28V. Se a sua consulta é uma consulta de retorno, quanto tempo decorreu/levou entre a consulta anterior e o retorno?**

- 1) 1 a 3 dias  2) 3 a 6 dias  3) 1 semana  4) entre 1 e 2 semanas   
5) entre 2 e 4 semanas  6) 1 mês  7) Mais de 1 mês  Quanto tempo? \_\_\_\_\_ 8) Não se aplica

**29V. O(a) senhor(a) espera que o seu atendimento seja:**

1. Muito bom  2. Bom  3. Regular  4. Ruim  5. Muito ruim

**III. Experiência passada**

**30V. Caso o Sr (a) já tenha procurado esta unidade em outra oportunidade, conseguiu atendimento?**

1. Sim  2. Não  3. Não se aplica

**31V. Se não, qual foi o motivo?**

1. Não consegui vaga ou senha  2. Não tinha médico atendendo  3. Esperou muito e desistiu   
4. Não tinha serviço ou profissional especializado  5. O serviço/equipamento não estava funcionando   
6. Outro \_\_\_\_\_ 7. Não se aplica

**32V. O Sr (a) nos últimos doze meses já aconteceu de ter marcado uma consulta e não ter comparecido no dia e horário marcado nessa unidade?**

- 1.Sim  2. Não  3.Não se aplica

**33V.Se sim, qual o motivo?**

- 1.Não tinha dinheiro para transporte  2.A unidade de saúde era distante ou de difícil acesso   
3.Difícil de conseguir transporte  4.Horário incompatível  5.O atendimento é muito demorado   
6.A unidade não possuía o especialista compatível com suas necessidades  7.Esqueci   
8.Resolvi de outra maneira  10.Outros  \_\_\_\_\_ 11.Não se aplica

#### **IV. Avaliação subjetiva do Projeto pelo usuário**

**34V.Caso o senhor(a) tenha usado essa Unidade anteriormente, o senhor notou alguma diferença na marcação da consulta?**

- 1.Sim  2. Não  3.Não se aplica

**35V. Qual sua opinião sobre a marcação atual?**

---

---

---

**36V.Como o Sr.(a) avaliaria essa marcação?**

- 1.Melhorou  2.Piorou  3. Está igual  4. não sei  5.Não se aplica

#### **BLOCO A SER APLICADO APÓS A CONSULTA**

**37V. Quanto tempo o senhor esperou hoje para ser atendido? (tempo de espera no dia da consulta entre a chegada à Unidade e a entrada no consultório)**

1. Até ½ hora  2.Entre ½ hora e uma hora  3. Entre 1 e 2 horas   
4. Entre 2 e 4 horas  5. Mais que 4 horas  6. Outro  \_\_\_\_\_

#### **V. Relacionamento Interpessoal**

**38V. Qual profissional lhe atendeu em sua consulta/procedimento realizado?**

1. Médico  2. Dentista  3.Enfermeiro  4. Auxiliar de enfermagem   
5. Assistente Social  6. Psicólogo  7.Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**39V. Foi bem tratado?** 1.Sim  2. Não

**40V. Ficou satisfeito?** 1.Sim  2. Não

41V. Resolveu seu problema? 1.Sim  2. Não

42V.Qual a sua opinião sobre o atendimento?

---

---

---

43V. O Sr (a) considera que o atendimento de saúde recebido foi:

1.muito bom 2.bom 3.regular 4.ruim 5.Muito ruim

Residência do usuário com ponto de referência (rua, nº e bairro):

---

---

Telefone fixo/celular/recado : \_\_\_\_\_

***Muito obrigado pela sua participação!***

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO CEP



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA**

### Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Registro CEP: 046-05/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia"

Pesquisador Responsável: Lígia Maria Vieira da Silva

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 25 de novembro de 2005, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela situação do projeto abaixo descrito.

Situação: APROVADO

Salvador, 28 de novembro de 2005

*Vilma Sousa Santana*

**VILMA SOUSA SANTANA**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

## APÊNDICE D–Ensaio

# ENSAIO TEÓRICO: A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS DESAFIOS NO ESTUDO DAS DESIGUALDADES

**Daiane Celestino Melo**

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos no Brasil, registrou-se uma ampliação no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente em relação à atenção básica. Este fato relaciona-se ao aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família, considerado estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde no país (IBGE, 2008).

A acessibilidade tem sido definida como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil, e corresponde tanto a características dos serviços quanto dos recursos dos usuários que facilitam ou dificultam seu uso. Neste trabalho utiliza-se como conceito de acessibilidade a definição do Avedis Donabedian (1973), que definiu acessibilidade como características do serviço que permitem que o mesmo seja mais facilmente utilizado pelos usuários, assim o acesso equivale a utilização e acessibilidade como facilidade de utilização.

A acessibilidade envolve tanto os recursos de poder dos usuários, que podem ser de natureza econômica, social e cultural, quanto às características dos serviços, que podem representar barreiras à utilização. Estas características podem ser da dimensão sócio-organizacional, quando referem-se com o funcionamento do serviço, ou da dimensão geográfica, quando se referem à distância física, aos custos da viagem, e ao tempo de locomoção entre o domicílio e o serviço de saúde.

Em revisão da literatura foram localizados trabalhos no Brasil que identificaram problemas na acessibilidade de ordem geográfica e da organização dos serviços (CUNHA & VIEIRA-DA-SILVA, 2010; SOUZA et al., 2008; ASSIS & JESUS, 2012; OLIVEIRA et al., 2012), e apontam que com a ampliação da cobertura da atenção básica, os maiores avanços se dão na dimensão da acessibilidade geográfica, enquanto a dimensão sócio-organizacional apresenta muitos problemas, principalmente relacionados ao tempo de agendamento de consultas e exames.

Localizou-se alguns estudos que mostram também que o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pelas diferenças sociais (SILVA JUNIOR et al., 2010; TRAVASSOS & CASTRO, 2008) e, que indivíduos com maior nível educacional e econômico fazem melhor e maior uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS & CASTRO, 2008; TRAD et al., 2012).

Em Salvador, visando aperfeiçoar o acolhimento ao usuário da atenção básica a Secretaria Municipal de Saúde elaborou, em junho de 2005, um plano para a melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde (SALVADOR, 2005). O referido plano tinha por objetivos, entre outros, extinguir as filas evitáveis, implantar o agendamento de consultas e reorientar o fluxo de pacientes evitando o rechaço à demanda (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a). A baixa cobertura potencial e real da atenção básica à saúde em Salvador no período reforçava a necessidade da adoção da intervenção proposta em todas as Unidades de Saúde da rede básica do município (CARDOSO & VIEIRA-DA-SILVA et al., 2012).

A avaliação da implantação do plano de melhoria da acessibilidade ocorreu um ano após seu início, em 2006, e revelou melhoria no acesso à atenção básica nas Unidades de Saúde onde o programa estava implantado em relação às unidades não implantadas, especialmente no que diz respeito à redução de filas evitáveis e do tempo de espera para marcação de consultas (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a). No entanto, mesmo nas unidades onde o programa havia sido implantado, alguns usuários não se beneficiaram das medidas tomadas e tiveram dificuldades no acesso aos serviços, chegando mais cedo às unidades (6,8%), aguardando mais tempo para o atendimento (14,6%), e aguardando maior período entre o agendamento e a realização da consulta (22,4%) (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010b)

A partir desses achados as seguintes questões foram levantadas: *porque o acesso aos serviços de saúde é diferenciado entre os usuários? A classe social influencia na desigualdade do acesso? Em que medida as características sociais dos usuários podem estar relacionadas com os diferenciais de utilização mesmo em situações onde existam iniciativas voltadas para a melhoria da acessibilidade?*

Nesta perspectiva, a sociologia traz grandes contribuições como a concepção de estratificação social, conceito que traduz como as desigualdades se estruturam em diferentes agrupamentos de pessoas. Segundo Giddens (2005) as desigualdades existentes nas sociedades humanas influenciam no acesso diferencial, leia-se desigual, às recompensas, com base na posição social ocupada no esquema de estratificação. A conceituação e mensuração da classe social, legado importante da sociologia clássica, são importantes elementos na discussão de

como as divisões socioeconômicas permeiam as relações de desigualdade nos diferentes grupos sociais.

No entanto a operacionalização do conceito de classe possui muitos problemas e limites. Além disso, mensurar a classe social por meio de distinções ocupacionais pode não refletir com precisão a concentração de renda, e diluir o peso relativo das relações de propriedade na estratificação social (GIDDENS, 2005).

Nesta perspectiva outras abordagens podem contribuir com o estudo das desigualdades na acessibilidade aos serviços de saúde. Diante disto, o referencial teórico da sociologia proposto por Pierre Bourdieu pode trazer contribuições, ao colocar-se como uma alternativa entre a abordagem estruturalista externa e a perspectiva interna (BOURDIEU, 1996; 2007). Embora neste estudo em particular todo o potencial da teoria não será explorado, este ensaio estuda além da estrutura ocupacional, à abordagem proposta por Bourdieu para compreender a influência das desigualdades sociais nos diferentes acessos aos serviços de saúde.

Este trabalho tem como objetivos discutir os conceitos de estratificação e classe social, os limites de sua operacionalização nas investigações empíricas, e as contribuições da sociologia de Pierre Bourdieu nas investigações sobre acessibilidade aos serviços de saúde.

## **METODOLOGIA**

Este ensaio teórico parte das indagações acerca do estudo da acessibilidade aos serviços de saúde e a sua relação com a desigualdade social. Busca-se identificar as contribuições da sociologia clássica por meio do estudo da estratificação e da classe social, os limites de sua operacionalização e sua influência na desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

A partir destes objetivos emergiram as seguintes categorias de análise: a mensuração da classe social em investigações empíricas; a estratificação e a classe social; classe social e influência na desigualdade de acesso aos serviços de saúde; a mensuração da classe social em investigações empíricas; os limites e desafios da operacionalização do conceito de classe; e as contribuições do referencial teórico de Bourdieu.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **A Estratificação e a Classe Social**

Na abordagem histórica identifica-se principalmente, quatro sistemas de estratificação nas sociedades humanas: a escravidão, a casta, o estamento, e a classe. A estratificação pode ocorrer em diversos formatos podendo ser associada à dominação de um povo sobre outro, à crença religiosa, a cultura e o costume de um povo, como nos três primeiros sistemas de estratos citados. Diferente dos demais sistemas, a classe tem na posse de riqueza e na profissão desempenhada as bases principais para as diferenças entre os agrupamentos sociais.

A base da maioria das análises de classe foi desenvolvida por Karl Marx e Max Weber. Mesmo a temática classe sendo a base da maioria das análises de Marx, ele não conseguiu oferecer uma análise sistemática do conceito de classe (GIDDENS, 2005), assim a partir do conjunto de seus escritos, entende-se classe como um grupo de pessoas que se encontram em uma relação comum com os meios de produção, tirando deles o seu sustento. Para Marx existe uma relação de exploração entre as duas classes principais os burgueses/capitalistas, que possuem os meios de produção, e o operário/proletariado, que vende sua mão de obra por um salário para sobreviver, essa estruturação se reflete na distribuição da desigualdade material, á medida em que o acesso aos resultados da produção é apropriado de forma diferenciada entre as classes (MUSSEL; ENGELS, 1978).

Weber constrói sua análise de classe a partir da abordagem de Marx sofisticando-a, para ele a estratificação social sofre influência de mais dois fatores, além da classe: o status e o partido. Esses três fatores juntos podem colocar o indivíduo entre as diversas posições sociais, não apenas duas, como Marx preconizava. Assim, as divisões de classe se originam não apenas do controle ou não dos meios de produção, mas em diferenças que não possuem relação direta com a propriedade. Ainda segundo Weber, as aptidões e qualificações tornam o indivíduo melhor colocado no mercado de trabalho, o que influencia positivamente nas suas condições de vida e de trabalho. A ideia de que a inserção ocupacional pode representar/traduzir sua classe social surge a partir dos conceitos de Weber.

De forma reflexiva é possível inferir que a abordagem marxista focaliza os processos relacionais de exploração e dominação da divisão de classe no contexto capitalista, enquanto a abordagem weberiana traz as diferentes oportunidades e mecanismos que propiciam uma posição social diferenciada.

### **Classe Social e influência na desigualdade de acesso aos serviços de saúde**

Tanto a sociologia, quanto a epidemiologia social consideram a existência de diferenças sociais na definição de saúde e doença. A desigualdade na distribuição do estado de saúde e na mortalidade é um tipo de diferença, que leva a grupos sociais em desvantagem a sistematicamente experimentarem pior saúde ou maior risco de saúde que grupos em vantagem socioeconômica (SANTOS, 2011).

Muitos trabalhos evidenciam que a desigualdade socioeconômica reflete na diferenciação das condições de saúde e doença da população. Neste ensaio cito o sociólogo Santos, que realizou um estudo de base populacional nacional sobre a desigualdade na distribuição do estado de saúde auto-referida na perspectiva de classe e, apresentou evidências que mostram que o controle de capital faz uma diferença importante para a saúde (2011).

Santos (2005, p.28) traz que:

*a condição de classe afeta os interesses materiais, as experiências de vida e as capacidades de ação coletiva dos indivíduos [...] o que a pessoa tem (ativos produtivos) determina o que ela obtém (bem-estar material) e o que deve fazer para conseguir o que obtém (oportunidades, dilemas e opções).*

E o acesso aos serviços de saúde reproduz esse achado? As classes mais elevadas na pirâmide de estratificação fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde?

### **A mensuração da classe social em investigações empíricas**

Embora sejam muitas as potencialidades da utilização do conceito de classe nas investigações epidemiológicas, mensurar a classe social não é simples, considerando que o conceito de classe não é claro, e comumente é entendido e assim empregado por uma ampla variedade de formas (GIDDENS, 2005). A operacionalização do conceito de classe, isto é, transformar um conceito abstrato em uma variável mensurável de um estudo possui muitos problemas e limites (SOLLA, 1996), alguns destes serão expostos neste texto.

Para mensurar a classe muitos pesquisadores utilizam esquemas que objetivam mapear a estrutura de classes dentro da sociedade. Os sociólogos contemporâneos como Erik Olin Wrigth e John Goldthorpe desenvolveram importantes esquemas conceituais e operacionais de classe sociais voltados para levantamentos de dados amostrais em pesquisas empíricas.

Wright articula as abordagens marxista, weberiana e de estratificação, e propõe uma tipologia que enfatiza o relacional de classe e considera: as propriedades de capital, o controle diferenciado de ativos de qualificação, e a relação com o exercício da autoridade dentro da produção. Este autor parte da ideia que esses três modos diferentes de analisar classe focalizam processos causais distintos que configuram as desigualdades na sociedade capitalista. Wright traz uma denominação bastante interessante de “*situação de classe contraditória*” para aqueles profissionais que se situam em posições privilegiadas como gerentes, por exemplo, que são capazes de influenciar em alguns aspectos da produção, mas o controle sobre outros é negado, ao mesmo tempo são exploradores e explorados (GIDDENS, 2005).

Já Goldthorpe focaliza seu esquema de classe na mobilidade social, de forma a tentar representar a natureza relacional da estrutura de classe contemporânea. Traz um esquema detalhado com onze diferentes posições de classe, contemplando em seu esquema as diferentes naturezas de contratos de emprego e as relações empregatícias que as caracterizam. Porém, ele não inclui a elite proprietária no esquema, afirmando que esse grupo é muito pequeno e que não é significativo. Acredita-se que mesmo sendo minoria, ao mesmo tempo os ricos ou a classe alta concentram grande parte da riqueza de uma sociedade, o que torna extremamente importante inseri-los nos esquemas de classe.

Assim como as propostas de Wright e Goldthorpe a maioria das propostas/esquemas de operacionalização de classe se baseiam na estrutura ocupacional. Muitos sociólogos acreditam que a ocupação é dos fatores mais críticos na posição social do indivíduo. Para Giddens (2005) as desigualdades materiais e sociais estão relacionadas aos tipos de emprego.

Os indivíduos que possuem a mesma ocupação tendem a experimentar vantagens e desvantagens sociais de forma semelhante, assim como oportunidades e estilos de vida comparáveis. Santos (2005) apresenta uma classificação socioeconômica para o Brasil, que operacionaliza a estrutura de classe social a partir de 13 categorias ocupacionais: Capitalistas e fazendeiros; Pequenos empregadores; Conta-próprias não agrícolas, Conta-próprias agrícolas; Especialistas auto-empregados; Gerentes; Empregados especialistas; Empregados qualificados; Supervisores; Trabalhadores; Trabalhadores elementares; Conta-própria precários; e Empregados domésticos. Esta classificação é relevante porque considera as peculiaridades da formação econômico-social do país, como o alto índice de trabalhadores por conta-próprias precários.

## **Limites e desafios da operacionalização do conceito de classe**

Giddens (2005) aponta que os esquemas de classe apresentam diversas limitações, e que os pesquisadores devem ter cautela, no mais, mensurar a classe social por meio de distinções ocupacionais pode não refletir com precisão a concentração de renda, e diluir o peso relativo das relações de propriedade na estratificação social. Na perspectiva epidemiológica Solla (1996) aborda os limites e os problemas da utilização e operacionalização do conceito de classe em investigações empíricas, e muitos dos problemas pontuados são compartilhados por Giddens (2005). Solla faz uma revisão crítica dos trabalhos que mensuram a classe social a partir da conceituação elaborada por Vladimir Ilitch Lenin em 1980, que tem como critério fundamental a relação com os meios de produção, por meio da inserção produtiva, e de forma sistemática Solla traz como os principais problemas:

- a) Na análise empírica, as classes sociais são tratadas isoladamente, não refletindo completamente as relações de oposição (dominação-subordinação) existentes na estrutura de classes, sendo trabalhadas enquanto agregados articulados no processo da investigação, construídos a partir da inserção na produção de cada indivíduo/família participante.
- b) As classes sociais não são categorias nominais que possam ser definidas a partir de um esquema aplicável a qualquer sociedade, sem considerar as peculiaridades de cada formação econômico-social estudada.
- c) Dificuldade de operacionalização do conceito de classe social, sendo feita uma simplificação neste processo de redução do conceito a uma série de variáveis articuladas, que a partir do concreto empírico, irão definir a classe social a que pertence determinado indivíduo/família.
- d) A necessidade de estabelecer determinados pontos de corte arbitrários, como ocorre com a utilização na operacionalização de variáveis quantitativas, como renda, número de empregados e tamanho da propriedade rural.
- e) A qualidade das informações pode ser comprometida pelo número de variáveis necessárias e pela dificuldade de acesso a certos dados. Necessidade de amostra relativamente grande, devido ao número de classes e frações de classe existentes e à pequena proporção de certas classes na população.

- f) A classe social é um determinante distal, cuja ação é mediada por variáveis que possuem certo grau de autonomia relativa, podendo enfraquecer relações estatísticas entre a classe e o processo saúde-doença.
- g) A definição da inserção de classe de segmentos afastados da produção no momento da investigação, como aposentados, desempregados, donas de casa, estudantes e doentes/afastados, é muito controversa com várias alternativas.
- h) Os objetivos da investigação devem ser levados em conta na definição do esquema de operacionalização a ser utilizado.
- i) Variações conjunturais sobre os mediadores podem alterar as associações observadas entre a classe social e variáveis dependentes utilizadas na análise.
- j) A existência de duas ou mais inserções distintas na produção em um mesmo indivíduo cria outras dificuldades para a operacionalização do conceito de classe social.

Observa-se que muitos dos problemas apresentados são de ordem metodológica, e constituem problemas enfrentados pelas investigações epidemiológicas que “invadem” o plano empírico com objetivo de compreender as determinações sociais relativas ao processo saúde-doença e ao acesso aos serviços de saúde.

### **As contribuições do referencial teórico de Bourdieu**

No estudo das desigualdades da acessibilidade aos serviços de saúde, predominam a abordagem de classe, outros referenciais teóricos poucos são explorados. Diferentemente da abordagem marxista de classe em que a posição ocupada na estratificação social é determinada pela ocupação, para Bourdieu os agentes sociais situam-se no espaço social em posições definidas, pelo volume e composição do seu capital global no que diz respeito principalmente aos capitais econômico e cultural. A essas posições correspondem diferentes *habitus*, conjunto de disposições que orientam as tomadas de posição dos agentes sociais em relação ao consumo de bens culturais mas também de serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA; CUNHA, 2010). Também as trajetórias sociais influenciam a formação do *habitus* dos agentes.

O conceito de espaço social refere-se à distribuição diferencial das pessoas que o ocupam, essa distinção se dá de acordo com a quantidade e a composição das diferentes espécies de capitais, em particular o capital econômico e o capital cultural, em sociedades mais desenvolvidas (BOURDIEU, 1996; 2007a). Assim, “os agentes têm tanto mais em comum,

quanto mais próximos estejam nestas duas dimensões, e tanto menos quanto mais distantes estejam nela” (BOURDIEU, 1996, p. 19).

O capital cultural corresponde a um conjunto de bens simbólicos relacionados: ao conhecimento incorporado, à propriedade de bens culturais, e a sua forma institucionalizada como ter um diploma (BOURDIEU, 2007b). No presente estudo será referido o capital escolar por meio do grau de escolaridade dos usuários. Tendo em vista que os títulos escolares são considerados por Bourdieu como uma das formas do capital cultural, a sua aferição possibilita uma aproximação a este tipo de capital cultural.

O capital econômico segundo Bourdieu refere-se a um conjunto de bens econômicos como remunerações e propriedades, mas que não se trata apenas de riqueza. O capital econômico difere-se assim do capital cultural, porém pode garantir aos indivíduos mais meios de acesso a este. A trajetória social pode ser compreendida como uma série de posições sucessivamente ocupadas pelo indivíduo num determinado espaço social a análise desta trajetória pode se dá por meio da comparação da profissão e da escolaridade do usuário com o de seu pai ou de sua mãe.

Estes conceitos teóricos possibilitam uma melhor análise da desigualdade na acessibilidade aos serviços de saúde, pois a posição ocupada no espaço social pelos usuários da rede de saúde do Sistema Único de saúde (SUS) pode influenciar no acesso a estes serviços diferenciadamente, mesmo frente a medidas voltadas para a redução das barreiras organizacionais.

O conceito de classe a partir da estrutura ocupacional, de forma isolada, pode não mostrar a influência das desigualdades sociais nos dificuldades de acesso, assim à abordagem proposta por Bourdieu colocar-se como uma alternativa e traz grandes contribuições no estudo das desigualdades sociais nos diferentes acessos aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 17, v. 11, p. 2865-75, 2012.

BOURDIEU, P. *Meditações pascalianas*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2007. 320 p (a).

\_\_\_\_\_. *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: São Paulo: EDUSP; Zouk, 2007. 556 p (b).

\_\_\_\_\_. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 11. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996. 224 p.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1273-1284, jul., 2012.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.26, v.4, p.725-37, abr, 2010.

DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Haward University Press. 1973.

ENGELS, F. A formação da burguesia. In: IANNI, O. (Org.) *Teorias de estratificação social: leituras de sociologia*. São Paulo: Nacional, 1978, p. 289-298.

GIDDENS, A. *Classe, estratificação e desigualdade*. In: \_\_\_\_\_ *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 233-253.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. IBGE / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 2008. 126 p.

MEUSEL, A. O proletariado. In: IANNI, O. (Org.) *Teorias de estratificação social: leituras de sociologia*. São Paulo: Nacional, 1978, p. 331-362.

OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L.G.N.; OLIVEIRA, M.A.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.17, v, 11, p. 3047-56, 2012.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de. Acolhimento na atenção básica em Salvador: plano para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2005.

SANTOS, J.A.F. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2005, vol.20, n.58, pp. 27-45.

SANTOS, J.A.F. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2011, vol.26, n.75, pp. 27-55..

SILVA JUNIOR, E.S.; MEDINA, M.G. AQUINO, R. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov., 2010.

SOLLA, J.J.S.P. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12 n.2 Apr./Jun. 1996.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARAES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*, n. 46, v.6, p.1007-13, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S131-S143 nov., 2010a.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health*. Published Online First 18 August 2010b.

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 2015

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E POSIÇÃO NO ESPAÇO SOCIAL DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

**Pesquisador:** DAIANE CELESTINO MELO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42597315.8.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.023.121

**Data da Relatoria:** 31/03/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um trabalho a ser desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva. A pesquisadora toma como ponto de partida o fato de que alguns estudos têm mostrado que, embora a cobertura assistencial tenha sido ampliada, persistem problemas no acesso decorrentes de diferenças sociais. Porém, poucos trabalhos investigaram a influência de desigualdades sociais em situações concretas onde existiram intervenções voltadas para melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde. O estudo proposto pretende investigar em que medida a posição ocupada pelos usuários no espaço social da rede básica de saúde do SUS influencia no acesso a estes serviços, apesar das medidas voltadas para a redução das barreiras organizacionais.

**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVO GERAL**

Analisar associação entre a posição ocupada no espaço social e acessibilidade aos serviços de saúde da rede básica de Salvador.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os usuários e o acesso aos serviços na rede básica de saúde; - Estimar a associação entre o capital econômico, o capital escolar e a categoria sócio-ocupacional dos usuários com a acessibilidade diferenciada aos serviços de saúde;

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepisc@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA**



Continuação do Parecer: 1.023.121

- Analisar a trajetória ocupacional e escolar dos usuários e sua relação com o acesso aos serviços de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo utilizará o banco de dados do Projeto "Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia", que teve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 2005 (ANEXO B). Na referida pesquisa todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações. Com base na análise das informações detalhadas acerca dos procedimentos a serem adotados na pesquisa, considero que a investigação não apresenta riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este estudo terá como base de dados as entrevistas realizadas no inquérito por amostragem entre usuários de unidades da rede básica de saúde "Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia", realizada em junho de 2006, após aprovação do CEP/ISC. O atual projeto tem o intuito de realizar novas análises neste banco de dados. A pesquisadora descreve detalhadamente o planejamento do desenho do estudo, as categorias de análise e o plano de análise.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta folha de rosto bem preenchida.  
Apresenta cronograma de execução da pesquisa e currículo dos pesquisadores.  
Apresenta também declaração de realização da pesquisa com recursos próprios.  
Questionário utilizado na pesquisa que realizou o levantamento de dados.  
Formulário de aprovação da pesquisa anterior no CEP/ISC.

**Recomendações:**

Diante do exposto, sou de parecer favorável a aprovação da presente proposta de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n	CEP: 40.110-040
Bairro: Canela	Município: SALVADOR
UF: BA	E-mail: cepisc@ufba.br
Telefone: (71)3283-7441	Fax: (71)3283-7460

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.023.121

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 24 de março de 2015, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

SALVADOR, 14 de Abril de 2015

---

Assinado por:  
Mônica de Oliveira Nunes  
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio de Gama s/n  
 Bairro: Canale CEP: 40.110-040  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepisc@ufba.br