

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

SANDRA LÚCIA VIEIRA ULINSKI AGUILERA

**DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS E ACESSO AOS SERVIÇOS
DE MÉDIA COMPLEXIDADE
NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**

CURITIBA

2010

SANDRA LÚCIA VIEIRA ULINSKI AGUILERA

**DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS E ACESSO AOS SERVIÇOS
DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE
CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Samuel J. Moysés

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Beatriz H. S. França

CURITIBA

2010



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

SANDRA LÚCIA VIEIRA ULINSKI AGUILERA

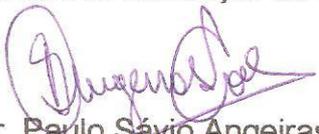
**DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

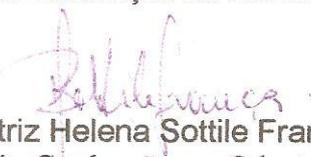
Orientador(a):



Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR



Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFP



Profª Drª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Curitiba, 01 de dezembro de 2010.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Fernando, sem o qual não seria possível percorrer este caminho, tolerando pacientemente minhas ausências e preocupações e retribuindo com incentivo e compreensão.

AGRADECIMENTOS

- *A Deus, pela oportunidade de evolução espiritual.*
- *A todos os Secretários Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba, que gentilmente me receberam, disponibilizando seu tempo para participar desta pesquisa e permitindo o uso dos dados de suas secretarias.*
- *Ao Superintendente de Gestão em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Irvando Carula, e aos Técnicos das secretarias municipais pela colaboração na disponibilização de dados.*
- *À Professora Beatriz França e ao Professor Samuel Moysés, orientadores desta pesquisa, pelo apoio quando surgiram obstáculos na coleta de dados desta pesquisa, pelas orientações relevantes, pela preocupação e principalmente pela conduta ética que levarei sempre na lembrança.*
- *À Professora Simone Moysés, por ter me inspirado no tema desta pesquisa, pelos conselhos pertinentes e pelo carinho que dispensou durante todo o curso.*
- *Ao Professor Júlio Bisinelli, por mostrar que tudo pode ser descomplicado.*
- *Ao Professor Léo Kriger, pelo entusiasmo pela Saúde Coletiva que contagia a todos.*
- *Ao Professor Sérgio Ignácio, pela atenção dispensada e conselhos relevantes.*
- *Às amigas do mestrado Andreza, Aline e principalmente Edeny pelos momentos compartilhados.*
- *Ao amigo Gerson, pelas discussões acaloradas.*
- *À Secretaria de Saúde de Mandirituba, principalmente pelo secretário Antonio Paulo Mallmann, por apoiar a realização deste estudo.*

- *Ao Secretário de Saúde de São José dos Pinhais, Armando Raggio, pelo exemplo de gestor comprometido com a população do seu município e também com as questões que envolvem toda a região metropolitana.*
- *À CAPES pelo apoio financeiro.*
- *À minha sogra Professora Vanderci Aguilera, pela contribuição na revisão do texto e pelo incentivo na finalização desta pesquisa.*
- *Ao meu marido Fernando, pelo apoio e compreensão para que eu pudesse chegar ao final desta empreitada.*
- *Aos meus filhos Amanda e João Fernando, pela paciência e carinho.*
- *Aos meus pais, pelos valores ensinados.*

“... é porque amo as pessoas e amo o mundo,
que eu brigo para que a justiça social
se implante antes da caridade.”

Paulo Freire

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi identificar e analisar iniquidades no acesso aos serviços de saúde de média complexidade nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, ecológica, descritiva e de corte transversal. Na etapa preparatória do estudo, trabalhou-se os perfis socioeconômico, epidemiológico, da rede de cuidados à saúde e financiamento setorial dos 26 municípios que compõem a RMC. Em seguida, realizou-se análise fatorial das variáveis coletadas, gerando seis componentes principais, com os quais foi possível construir um índice sintético classificatório dos respectivos municípios, com respeito a condição de vida e situação de saúde. Na sequência, dados primários foram coletados de 24 municípios, referentes a capacidade instalada, a demanda encaminhada e a demanda reprimida. Finalmente, para melhor compreensão deste fenômeno, foram entrevistados 16 gestores municipais e 1 gestor regional de saúde. Utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada e os dados foram avaliados por meio de análise de discurso. A análise de contexto revelou acentuadas iniquidades socioespaciais. À medida que aumentava a distância geográfica entre os municípios pesquisados e a cidade polo - Curitiba, piores condições de vida e de saúde foram encontradas e maiores as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Os relatos dos gestores evidenciaram que os municípios se encontram em estágios distintos de estruturação da atenção básica, refletindo na baixa resolutividade local e aumentando a demanda por serviços metropolitanos; assim, o acesso aos serviços especializados e internações hospitalares são problemas relevantes para a maioria.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Gestão em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Referência e Consulta. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this paper is to identify and analyze the inequalities in the access to medium complexity services in the Curitiba Metropolitan Area (CMA). This is a quantitative-qualitative, ecological, descriptive and cross section research. In the preparatory stage, this paper focused on the socioeconomic and epidemiologic profile of the healthcare and sector financing networks in the 26 municipalities composing the CMA. Secondly, a factor analysis of the collected variables was performed, generating six main components, which were used to build a synthetic index of classification, regarding living conditions and health situation in the respective municipalities. Subsequently, primary data was collected in 24 municipalities, regarding the capacity allowed by their installations, directed demand and repressed demand of medium complexity healthcare services. Finally, in order to obtain a better understanding of this phenomenon, one regional and 16 city health administrators were interviewed. The semi-structured interview method was utilized and the data were evaluated through speech analysis. The context analysis revealed high social-spatial inequalities. As the geographic distance from the city of Curitiba increased, worse living and health conditions were found and there were greater difficulties in access to healthcare services. The reports given by the administrators point out that the municipalities find themselves in different structural stages of basic healthcare, which is reflected in a poor local problem-solving capacity and increased the need for metropolitan services. Thus, the access to specialized services and hospital internment are relevant problems for a great majority of people.

KEY-WORDS: Health Services Accessibility. Health Public Policy. Health Management. Health Services Evaluation. Referral and Consultation. Equity in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa geopolítico da Região Metropolitana de Curitiba.....	24
Figura 2 – Elenco de indicadores e variáveis, de acordo com a fonte e o ano	26
Figura 3 - Grupos de municípios de acordo com o desempenho para o ICVSS.	37
Figura 4 – Capacidade instalada de especialidades selecionadas dos municípios da RMC, no ano de 2008	38
Figura 5 – Demanda encaminhada de acordo com as especialidades selecionadas nos municípios da RMC, no ano de 2008	39
Figura 6 – Demanda reprimida de acordo com as especialidades selecionadas nos municípios da RMC, no ano de 2008	41
Figura 7 – Acesso aos serviços de média complexidade nos municípios da RMC, no ano de 2008	42
Figura 8 – Padrão de utilização das especialidades selecionadas nos municípios da RMC, no ano de 2008	44
Figura 9 – Mapa geopolítico da Região Metropolitana de Curitiba.....	59
Figura 10 – Capacidade instalada dos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008.	95
Figura 11 – Demanda encaminhada dos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008	95
Figura 12 – Demanda reprimida dos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008	96
Figura 13 – Acesso aos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008	96
Figura 14 – Padrão de utilização dos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis das condições geográficas e socioeconômicas dos municípios da RMC	27
Tabela 2 - Estatísticas descritivas das variáveis do perfil epidemiológico dos municípios da RMC, no ano de 2008	28
Tabela 3 - Estatísticas descritivas das variáveis de assistência à saúde dos municípios da RMC, no ano de 2008.	29
Tabela 4 - Estatísticas descritivas das variáveis de financiamento em saúde dos municípios da RMC, no ano de 2008.	30
Tabela 5 – Variância total explicada pela solução rotacionada final para as variáveis selecionadas dos 26 municípios da RMC.	32
Tabela 6 – Matriz de componentes rotacionados, cargas e rótulos de componentes para os municípios da RMC..	33
Tabela 7 – Escore fatorial final, classificação por grupo homogêneo e índice final (ICVSS).	35
Tabela 8 – Comunalidade e variância específica, de acordo com as 30 variáveis....	93
Tabela 9 – Autovalores e percentagens da variância explicada pelos fatores comuns.....	93
Tabela 10 – Escores fatoriais, de acordo com os municípios da RMC..	94
Tabela 11 – Distribuição dos participantes, de acordo com o porte populacional	99

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	13
II. ARTIGO UM	17
III. ARTIGO DOIS	54
IV. CONCLUSÕES GERAIS	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	82
Apêndice A – Fichas utilizadas na coleta de dados secundários.	83
Apêndice B – Formulário para coleta de dados dos serviços de média complexidade nas secretarias municipais de saúde.	87
Apêndice C – Roteiro de entrevista aos gestores.	89
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
Apêndice E – Termo de Compromisso de Utilização de Dados.	92
Apêndice F – Tabelas referentes à análise fatorial	93
Apêndice G – Capacidade instalada, demanda encaminhada e demanda reprimida dos exames selecionados.	95
Apêndice H – Detalhamento metodológico da abordagem qualitativa..	98
ANEXOS	100
Anexo A – Definição dos indicadores utilizados.....	101
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-PR.....	105
Anexo C – Normas para submissão de artigos, respectivamente dos periódicos “Revista de Saúde Pública” e “Revista Interface”	107

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas “Leis Orgânicas da Saúde”, definiu um modelo de descentralização que posicionou os municípios brasileiros no centro das responsabilidades pela execução dos serviços de saúde. Ocorreu, também, um aporte progressivo de recursos financeiros para investimento setorial, visando melhorias na qualidade dos serviços oferecidos à população e sua adequação às condições locais (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Todo o processo inicial de descentralização foi regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), que têm funcionado como manuais operacionais do SUS (MARTINS, 2004).

A NOB 01/91 dispôs sobre o financiamento e os requisitos legais para as transferências automáticas. Já a NOB 01/93 estabeleceu “normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde...”. Com a NOB 01/96 foram esclarecidas as competências dos níveis municipal, estadual e federal; ficou definida a constituição do Teto Financeiro Global do Município (TFGM); foi reiterada a importância das comissões intergestores; e também instituída a necessidade da realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os municípios, prevendo novas modalidades e/ou condições de gestão para estados e municípios.

Ao final do ano 2000, a habilitação prevista na NOB 01/96 alcançou mais de 99% dos municípios do País. Um processo intenso de municipalização que evidenciou alguns problemas na interrelação dos sistemas municipais e estaduais, evidenciando a heterogeneidade dos municípios, quanto à oferta de serviços de saúde.

No ano de 2001, para superação destes problemas, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. A NOAS 01/2001 propôs a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) e um Plano Diretor de Investimentos (PDI), assim como introduziu alguns conceitos-chave para a formulação do PDR. Deste modo, a

regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde impedem a sobreposição de serviços e possibilitam que eles envolvam os três níveis de complexidade do sistema – atenção básica, média complexidade e alta complexidade (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1978) a atenção básica (denominação brasileira) ou atenção primária à saúde (denominação internacional) é: “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...) constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”.

A atenção de média complexidade, de acordo com a Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001 compreende “um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país”. Este nível de assistência tornou-se um importante ponto de estrangulamento nos serviços de saúde. Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão da demanda por recursos especializados à qual não conseguem responder satisfatoriamente, gerando longas filas de espera na maioria dos municípios (FRANCO, 2003).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde divulgou, por meio da Portaria nº 399/2006, o Pacto pela Saúde, tendo como um dos seus componentes o Pacto de Gestão, o qual reafirma a regionalização como uma diretriz do SUS para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a portaria ressalta a relevância de se respeitar os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a desenvolver sistemas eficientes e efetivos.

Ao estudar o acesso aos serviços de saúde em comunidades com precárias condições de vida, Cerqueira e Pupo (2008) identificaram que o sistema responde insatisfatoriamente e com morosidade às demandas e necessidades de saúde. Tal situação pode ser exemplificada pela oferta insuficiente de serviços de atenção especializada, na longa espera por exames e na indisponibilidade de determinados medicamentos.

Tais fatos parecem ocorrer também nos 26 municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) (WALTER; CARRIEL, 2009), tanto que foram amplamente discutidos durante a campanha dos candidatos à prefeitura do município de Curitiba, no ano de 2008. Como forma de atenuar as dificuldades, comuns a todos os municípios, a instância de gestão regional tem discutido a criação de um consórcio intermunicipal de saúde na RMC. Esta alternativa de enfrentamento das demandas regionais tem sido debatida por cerca de cinco anos, no intuito de dar vazão à demanda reprimida de consultas e exames especializados desses municípios.

Observa-se que a análise dos problemas de saúde nos aglomerados urbanos fica restrita, devido à inexistência de um sistema de informações que apresente indicadores de necessidades e cobertura/utilização de serviços. A ausência de indicadores que levantem tais necessidades, considerando a população residente nos diversos espaços das cidades e o fluxo adicional de pessoas de outros municípios ou estados, que buscam serviços de saúde de grandes centros urbanos, compromete o processo decisório nas políticas de saúde (CÂMARA E CARVALHO, 2003).

Groinstein (2001, p.13) cita que os complexos metropolitanos:

“...compreendem municípios com funções complementares, gestão independente e capacidade financeira desigual. Estas características dificultam e condicionam o atendimento das demandas sociais e de infra-estrutura urbana que, na maioria dos casos, surgem da relação funcional entre municípios e dependem de soluções que extrapolam seus limites político-administrativos, equacionando-se na escala regional. As regiões metropolitanas, por contingência ou natureza das relações estabelecidas entre municípios que a compõem, dependem de políticas integradas de desenvolvimento urbano e de ações articuladas, que seriam próprias de uma gestão compartilhada.”

Para Szuchman (2007) analisar a cidade em si não é suficiente, é necessário contextualizá-la regionalmente, pois essas interações determinam não só a situação presente, mas também sua evolução.

Entende-se que é necessário identificar e analisar as iniquidades no acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade e compreender a percepção dos secretários municipais de saúde em relação a esta situação. Neste sentido, entende-se que este estudo seja relevante como subsídio para a proposição de políticas públicas que contribuam para a organização da atenção à saúde na média complexidade em regiões metropolitanas.

II. ARTIGO UM

DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (*)

SOCIAL-SPATIAL INEQUALITIES AND ACCESS TO MEDIUM COMPLEXITY SERVICES IN THE CURITIBA METROPOLITAN AREA

Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera

Bolsista da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba - Paraná – Brasil

Samuel Jorge Moysés

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba - Paraná – Brasil

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Aguilera, SLVU, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, em 2010.

RESUMO

OBJETIVO: Identificar e analisar iniquidades e desigualdades socioespaciais e de acesso à assistência de média complexidade nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

MÉTODOS: Trata-se de uma pesquisa quantitativa ecológica. Na etapa preparatória do estudo, trabalhou-se os perfis socioeconômico, epidemiológico, da rede de cuidados à saúde e financiamento setorial dos 26 municípios que compõem a RMC. Realizou-se análise fatorial, pela qual foram obtidos seis componentes principais e a partir destes foi calculado um índice sintético que permitiu ordenar os municípios, segundo condição de vida e situação de saúde. Dados primários foram coletados de 24 municípios, referentes a capacidade instalada, demanda encaminhada e demanda reprimida de serviços de média complexidade.

RESULTADOS: A análise de contexto revelou acentuadas desigualdades socioespaciais e o índice sintético permitiu classificar os municípios em quatro grupos relativamente homogêneos quanto às condições de vida e situação de saúde. Os municípios localizados no Vale do Ribeira obtiveram piores resultados para o Índice de Condições de Vida e Situação de Saúde, assim como apresentaram maior demanda reprimida para os serviços de média complexidade.

CONCLUSÕES: À medida que aumentou a distância geográfica entre os municípios e a cidade polo - Curitiba, piores condições de vida e saúde foram encontradas e maiores as dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

DESCRITORES: Acesso aos Serviços de Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Gestão em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Referência e Consulta. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify and analyze inequalities in the access to medium complexity services in the municipalities composing the Curitiba Metropolitan Area (CMA).

METHODS: this is a quantitative, ecological, descriptive and cross section research. In its preparatory stage, this paper focused on the socioeconomic and epidemiologic profile of the healthcare and sector financing networks in the 26 municipalities composing the CMA. Factor analysis was employed to obtain six principal components and was calculated an index that allowed municipalities to order, according to living conditions and health situation. Primary data was collected in 24 municipalities, regarding the capacity allowed by their installations, directed demand and the repressed demand of medium complexity healthcare services.

RESULTS: The context analysis revealed accentuated social-spatial inequalities and the synthetic index allowed the classification of the municipalities in four groups, relatively homogeneous regarding its living and health conditions. The municipalities located in Vale do Ribeira obtained worse outcomes for Living Conditions and Health Situation Index, and had higher repressed demand for medium complexity healthcare services.

CONCLUSIONS: As the geographic distance from the city of Curitiba increased, worse living and health conditions were found and there were greater inequalities in access to healthcare services.

DESCRIPTORS: Health Services Accessibility. Health Public Policy. Health Management. Health Services Evaluation. Referral and Consultation. Equity in Health.

1.INTRODUÇÃO

No Brasil, a denominada atenção de média complexidade (MC) em saúde, genericamente, compreende um conjunto especializado de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, visando a atender os problemas de saúde da população não resolvidos no nível da atenção básica. Utilizam-se recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, que necessitam de escala para se viabilizarem economicamente.²

Este nível de assistência tornou-se um importante ponto de estrangulamento na rede de serviços de saúde do Brasil. Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) nos variados territórios operativos em que atuam, convivem com uma grande pressão da demanda por serviços especializados à qual não conseguem responder com suficiência e agilidade, gerando longas filas de espera na maioria dos municípios, tendo como decorrência a insatisfação da sociedade, o desgaste gerencial e a concentração ineficiente de uma parcela considerável dos gastos públicos em saúde.^{3,13,34}

Tal fenômeno tem sido observado em grande parte dos municípios brasileiros, sendo pauta de ampla discussão em instâncias de gestão local, regional e nacional. Tal é o caso nos 26 municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC).^{22,34}

Para Travassos e Martins²⁸ (2004), o acesso a serviços de saúde é um processo complexo, envolvendo conceitos frequentemente utilizados de forma imprecisa, e com procedimentos de planejamento e operacionalização pouco claros na sua expressão concreta do cotidiano dos serviços, destacando-se que a utilização de serviços impacta diretamente a doença, mas apenas indiretamente a saúde.

Donabedian⁸ (2003) emprega o substantivo acessibilidade como uma das dimensões centrais no planejamento da oferta de serviços, referente à capacidade de produzir socialmente intervenções sanitárias efetivas, capazes de responder às necessidades de saúde-doença de determinada população. Para Starfield³² (2004), a acessibilidade é um aspecto ligado à estrutura de um sistema ou de uma unidade de saúde; para oferecê-la, o local de atendimento precisa ser facilmente acessível e disponível para determinado conjunto de usuários. Define, também, que acesso é a maneira como as pessoas conhecem as características de seu serviço de saúde.

Cerqueira e Pupo⁵ (2008) estudaram o acesso aos serviços de saúde em comunidades com precárias condições de vida na Região Metropolitana da Baixada Santista. A maior barreira identificada foi a baixa capacidade do sistema em responder adequadamente e com agilidade às demandas e necessidades de saúde. Observou-se oferta insuficiente de serviços de atenção especializada, longa espera por exames, indisponibilidade de determinados medicamentos e morosidade na obtenção do cuidado.

A análise desta dimensão dos problemas de saúde nos aglomerados urbanos usualmente tem ficado restrita, condicionada à inexistência de um sistema de informações que apresente indicadores potenciais e reais de necessidades e cobertura/utilização efetiva de serviços. Isto fica evidente, por exemplo, ao analisar a população residente nos diversos espaços de uma cidade pólo, tal qual uma capital, e a relação estabelecida com as cidades do seu entorno. Há que se considerar o fluxo adicional de pessoas de outros municípios ou estados que buscam serviços de saúde nestes grandes aglomerados urbanos, muitas vezes comprometendo o processo decisório (planejamento, financiamento, gestão de recursos) nas políticas de saúde loco-regionais.^{4,25}

Deve ser considerado também, que os complexos metropolitanos são integrados por municípios com funções complementares, gestão independente e capacidade financeira desigual. Tais características impedem e condicionam o atendimento das demandas sociais e de infraestrutura urbana que, na maioria dos casos, surgem da relação disfuncional entre municípios e dependem de soluções que extrapolam seus limites político-administrativos, equacionando-se na escala regional.¹⁴

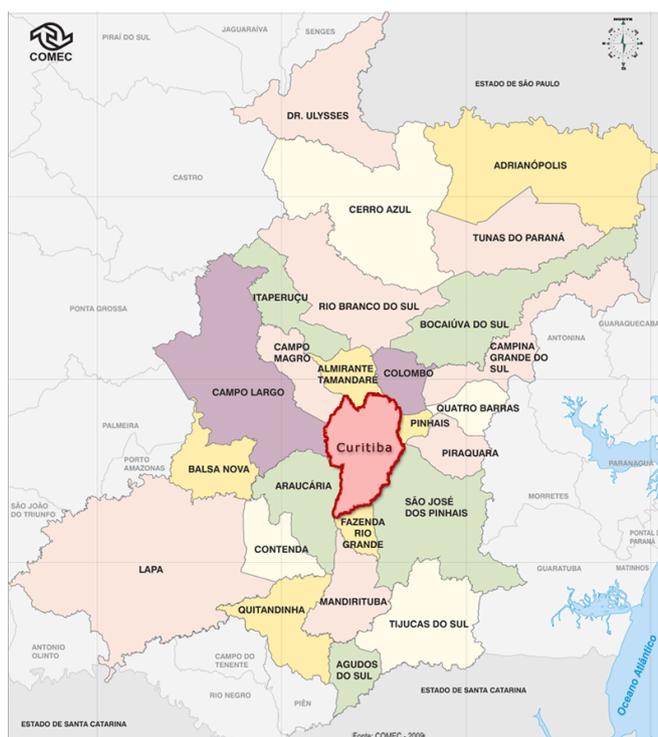
Diante do exposto, torna-se necessário compreender como se dá o acesso dos cidadãos-usuários aos serviços de média complexidade em regiões metropolitanas, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais equitativos e adequados às diferentes realidades. Com base neste pressuposto, este estudo objetivou identificar e analisar diferenças intrarregionais no acesso e utilização efetiva dos serviços de média complexidade na RMC.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e de corte transversal. Moysés & Moysés²⁰ (2006) lembram que os estudos ecológicos são muito úteis para avaliação de políticas, programas e ações em saúde.

Na etapa preparatória do estudo, tendo em vista um melhor reconhecimento do contexto metropolitano em análise, trabalhou-se os perfis socioeconômico, epidemiológico, da rede de cuidados à saúde e financiamento setorial nos 26 municípios que compõem a RMC (Figura 1). Dados secundários foram obtidos a partir de consulta às bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Atlas da Exclusão Social no Brasil²³, do Fundo das Nações Unidas para a

Infância (UNICEF), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) e do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).



Fonte: Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC), 2010.

Figura 1 – Mapa geopolítico da Região Metropolitana de Curitiba.

Na sequência, dados primários foram coletados de 24 municípios, visto que dois não disponibilizaram as informações solicitadas. Para a análise do acesso/utilização dos serviços de média complexidade, foram coletadas informações sobre a capacidade instalada, a demanda encaminhada e a demanda reprimida dos principais serviços de média complexidade, por meio de questionário, respondido por técnicos das secretarias municipais de saúde. Estatísticas descritivas foram

utilizadas para analisar tais dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUCPR, nº 0003278/09, em 16 de setembro de 2009.

Os indicadores e respectivas variáveis eleitos, nesta fase de campo, estão descritos na Figura 2.

Figura 2 – Elenco de indicadores e variáveis, de acordo com a fonte e ano.

INDICADORES	VARIÁVEIS	FONTE	ANO
DEMOGRÁFICO	Grau de Urbanização	IBGE	2000
GEOGRÁFICO	Distância linear do município à capital	IBGE	2010
CONDIÇÃO DE VIDA	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)	IBGE	2000
	Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)	UNICEF	2004
	Índice de Exclusão Social	Pochman e Amarin	2003
	Índice de Gini	IBGE	2000
	Índice de Pobreza	Pochman e Amarin	2000
	Índice de Emprego Formal	Pochman e Amarin	2003
	Taxa de Analfabetismo	PNUD	2000
	Índice de Escolaridade	Pochman e Amarin	2003
	População com acesso a abastecimento de água	PNUD	2000
	População com acesso a coleta de lixo	PNUD	2000
	População com acesso a rede de esgoto	PNUD	2000
EPIDEMIOLÓGICO	Coeficiente de Mortalidade Infantil	DATASUS	2008
	Coeficiente de Mortalidade Materna	DATASUS	2008
	Taxa de Internações por diarreia e gastroenterites de origem infecciosa presumível	DATASUS	2008
	Taxa de Internações por insuficiência cardíaca	DATASUS	2008
	Taxa de Internações por diabetes	DATASUS	2008
	Taxa de Internações por hipertensão	DATASUS	2008
	Taxa de Internações por AVC	DATASUS	2008
Taxa de internação (SUS) por habitante	DATASUS	2008	
REDE DE CUIDADOS À SAÚDE	Cobertura da Estratégia Saúde da Família	DATASUS	2008
	Média de consultas na Atenção Básica/hab	SESA	2008
	Nº clínicos-gerais SUS/1000 hab	DATASUS	2008
	Nº cirurgiões-dentistas SUS/1000 hab	DATASUS	2008
	Cobertura vacinal por tetravalente	DATASUS	2008
MÉDIA COMPLEXIDADE	Nº de consultas e exames de MC ofertados pelo município	Município	2008
	Nº de consultas e exames de MC encaminhados para município sede	Município	2008
	Nº de usuários que aguardam para acessar os serviços de MC	Município	2008
FINANCIAMENTO	Despesa total com saúde per capita	DATASUS	2008
	Recursos próprios gastos com saúde	DATASUS	2008
	Transferências federais hab/ano	DATASUS	2008

Considerando o grande número de variáveis elencadas e necessárias para melhor compreender um fenômeno multidimensional como o proposto neste estudo, na etapa seguinte realizou-se uma análise fatorial (AF) por componentes principais. A análise fatorial tem sido indicada em situações como esta, sobretudo como prospecção de fatores (ou constructos) subjacentes a determinada realidade, para auxiliar a mensurar fenômenos que não podem ser diretamente observados¹⁰. Analogamente, a análise fatorial foi empregada para identificar possíveis correlações, ou unidades de sentido, entre os dados socioeconômicos, epidemiológicos, da rede de cuidados à saúde e financiamento em saúde. Esta análise possibilitou avaliar a validade das variáveis que formaram os componentes, relatando se estas explicam ou não os conceitos que pretendem informar.¹⁶

Em uma etapa metodologicamente mais avançada, foram calculados por meio do método de regressão, os valores de cada componente para cada município, correspondendo aos escores fatoriais. A partir dos escores fatoriais obtidos para os seis componentes, foi possível caracterizar os municípios relativamente homogêneos, calcular o escore fatorial final e obter um índice final, o qual permitiu classificar os municípios em quatro grupos e hierarquizá-los.

3. RESULTADOS

3.1 Contextualização dos municípios estudados

A análise do contexto dos municípios está estruturada em quatro tópicos, com base nos grupos de variáveis selecionadas. Os grupos formados por variáveis que representaram as condições geográficas e socioeconômicas, o perfil epidemiológico, a rede de cuidados à saúde e o financiamento em saúde são apresentados a seguir.

3.1.1 Condições geográficas e socioeconômicas

A análise do grupo de variáveis geográficas e socioeconômicas demonstrou desigualdades intermunicipais acentuadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis das condições geográficas e socioeconômicas dos municípios da RMC.

Indicador	Mínimo	P₂₅¹	Mediana	P₇₅²	Máximo
População	6.137	13.004,25	23.230	100.253,25	1.828.092
Distância (km)	0	21,64	36,47	72,33	134,9
Urbanização (%)	12	23,67	52,60	90,20	100
IDH-M	0,63	0,71	0,75	0,77	0,86
IDI	0,45	0,61	0,69	0,75	0,80
Coleta de lixo (%)	78,53	92,57	97,10	99,09	99,91
Rede de esgoto (%)	8,62	26,65	50,41	68,52	92,13
Rede de água (%)	71,44	83,67	90,23	95,44	99,12
Índice de Emprego Formal (%)	0,047	0,068	0,12	0,23	0,85
Taxa de pessoas analfabetas (%)	3,38	7,19	9,15	14,03	28,09
Índice Escolaridade	0,28	0,40	0,50	0,57	0,87
Índice de Exclusão Social	0,37	0,43	0,49	0,54	0,73
Índice de Pobreza	0,30	0,50	0,67	0,73	0,85
Índice de Gini	0,45	0,50	0,54	0,57	0,64

Fonte: Dados da pesquisa.
1-Percentil 25; 2-Percentil 75

Considerando o porte populacional, nota-se uma variação marcante de 6.137 até 1.828.092 habitantes. Desigualdades relevantes também foram identificadas no grau de urbanização, no acesso à rede de esgoto e no Índice de Pobreza. Os

indicadores de escolaridade, de emprego formal e de exclusão social apresentam uma situação difícil para 75% dos municípios.

3.1.2 Perfil epidemiológico

Foram identificadas, nesse grupo de variáveis, fortes desigualdades entre os municípios pesquisados (Tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas descritivas das variáveis do perfil epidemiológico dos municípios da RMC.

Indicador	Mínimo	P₂₅¹	Mediana	P₇₅²	Máximo
Mortalidade Materna /100.000 NV ³	0,00	0,00	0,00	11,55	85,20
Mortalidade infantil /1.000 NV	6,02	11,71	14,43	16,56	37,04
Internação por Gastroenterite (%)	0,00	0,03	0,30	0,67	2,17
Internação por insuficiência cardíaca(%)	0,87	1,74	2,15	2,88	11,67
Internação por AVC (%)	0,00	0,05	0,32	0,68	1,31
Internação hipertensão (%)	0,00	0,13	0,37	0,72	2,32
Internação por diabetes (%)	0,17	0,41	0,76	1,34	3,90
Internação SUS/100 hab/ano	3,94	5,47	6,46	8,28	10,34

Fonte: Dados da pesquisa.

1-Percentil 25; 2-Percentil 75; 3-Nascidos Vivos

Os casos de mortalidade materna concentraram-se em 25% dos municípios, revelando uma forte polarização. Os dados do coeficiente de mortalidade infantil demonstraram que 57,7% dos municípios apresentaram coeficientes piores que a média estadual em 2008 (coeficiente de 13,0).²¹ Em relação à internação por gastroenterite, as maiores taxas concentraram-se em 25% dos municípios. As taxas

de internação por insuficiência cardíaca, por AVC, por hipertensão e por diabetes seguem a mesma tendência.

3.1.3 Rede de cuidados à saúde

Fortes desigualdades foram encontradas na oferta de consultas médicas na atenção básica, na cobertura da Estratégia Saúde da Família e na disponibilidade de médicos e cirurgiões-dentistas (Tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas descritivas das variáveis de rede de cuidados à saúde dos municípios da RMC, no ano de 2008.

Indicador	Mínimo	P_{25}^1	Mediana	P_{75}^2	Máximo
Consultas atenção básica/hab/ano	0,50	1,48	1,80	2,30	2,90
Cobertura ESF (%)	0,00	29,45	52,26	93,09	100,00
Médicos SUS/1000 hab	0,04	0,13	0,20	0,42	1,08
Cirurgião-dentista/SUS/1000 hab	0,00	0,06	0,16	0,29	0,74
Cobertura vacinal (%)	71,51	87,28	97,40	108,14	162,65

Fonte: Dados da pesquisa.
1-Percentil 25; 2-Percentil 75

Considerando o número de médicos por 1000 habitantes, observa-se uma concentração maior em 25% dos municípios. Identifica-se também que a mediana de médicos prestando serviços ao SUS é superior à mediana de cirurgiões-dentistas disponíveis.

3.1.4 Financiamento em saúde

A distribuição dos recursos financeiros alocados em saúde nos municípios da RMC também é marcada pelas desigualdades como pode se observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas das variáveis de financiamento em saúde dos municípios da RMC, no ano de 2008.

Indicador	Mínimo	P_{25}^1	Mediana	P_{75}^2	Máximo
Despesa total em saúde (reais/hab/ano)	139,61	224,21	266,23	360,12	614,79
% Recursos próprios alocados em saúde	14,69	20,00	22,71	27,62	41,76
Transferências federais (reais/hab/ano)	27,55	49,00	60,94	91,39	244,19

Fonte: Dados da pesquisa.
1-Percentil 25; 2-Percentil 75

Identificou-se grande variabilidade de valores para os dados analisados, principalmente em relação às transferências federais. Foi possível, também, observar que 75% dos municípios da RMC investem entre 20% e 41,76% de recursos próprios em saúde. A despesa total em saúde demonstrou desigualdades marcantes na capacidade financeira dos municípios.

3.2 Relação entre fatores socioeconômicos, epidemiológicos, assistência à saúde e financiamento em saúde com o acesso aos serviços de média complexidade na RMC

Um dos objetivos deste estudo foi relacionar os fatores socioeconômicos, epidemiológicos, da rede de cuidados à saúde e financiamento em saúde com o acesso aos serviços de média complexidade na RMC. Para alcançar tal propósito, foi necessário obter um índice sintético para os fatores analisados.

3.2.1 Obtenção de um índice sintético

Análise fatorial foi realizada com a finalidade de reduzir o grande número de variáveis a fatores (ou componentes principais). Da mesma forma, foi empregada para identificar possíveis correlações entre os dados socioeconômicos, epidemiológicos, da rede de cuidados à saúde e financiamento setorial.

Inicialmente, empregou-se a matriz de correlação de Pearson. Com base nessa matriz, aplicou-se a técnica de análise fatorial para examinar as inter-relações entre as 30 variáveis iniciais, para identificar um número menor de fatores que apresentassem aproximadamente o mesmo total de informação expresso pelas variáveis originais.

Na sequência, foi definido o número de fatores por meio dos “autovalores” (valores próprios da matriz de correlação, raiz característica ou EINGEVALUE), mantendo-se fatores cujo valor fosse superior a 1,0. Dessa forma, ficaram retidos aqueles fatores que tiveram uma explicação maior do que uma variável pode explicar isoladamente.

A Tabela 5 apresenta os seis fatores (componentes principais) que foram retidos, a partir das variáveis trabalhadas.

Tabela 5 – Variância total explicada pelos fatores que compõem a solução rotacionada final dos 26 municípios da RMC.

Componente	Soma das Rotações de Cargas ao Quadrado		
	Autovalor	% de Variação	Cumulativo %
1.	9,981	33,27	33,27
2.	2,762	9,20	42,48
3.	2,440	8,13	50,61
4.	2,016	6,72	57,33
5.	1,996	6,65	63,99
6.	1,985	6,61	70,61

Método de extração: Análise por Componentes Principais

A Análise por Componentes Principais explicou 70,61% da variância total da distribuição das 30 variáveis em 6 componentes principais identificados (Tabela 5).

Para identificar as variáveis componentes de cada fator, foi utilizada a matriz dos fatores rotacionada pelo método Varimax (rotação ortogonal que permite que os coeficientes de correlação entre as variáveis e os fatores fiquem o mais próximo possível de zero, 1 ou -1, facilitando assim a sua interpretação). Essa matriz apontou quais variáveis apresentaram cargas fatoriais altas para cada componente (Tabela 6).

Tabela 6 – Matriz de componentes rotacionados, cargas e rótulos de componentes para os municípios da RMC.

	Condições de vida	Porte populacional e cuidados médicos	Financiamento e APS	CSAA	Internações por insuficiência cardíaca no SUS	APS e saúde da criança
População		0,7697				
Distância	-0,8262					
Grau de urbanização	0,7888					
IDH	0,8814					
IDI	0,9307					
GINI	-0,5927					
Exclusão social	0,8266					
Esgoto	0,7753					
Coleta de lixo	0,7906					
Água encanada	0,8910					
Escolaridade	0,8662					
Analfabetismo	-0,8739					
Emprego formal	0,5466					
Pobreza	0,9471					
Mortalidade Materna	0,5577					
Mortalidade infantil						0,7745
Internação diarreia				-0,6034		
Internação insuficiência cardíaca					-0,9060	
Internação AVC						
Internação hipertensão				0,8614		
Internação diabetes						
Internação total					-0,6034	
Consultas*						
Cobertura ESF						-0,6911
Nº médicos		0,8568				
Nº dentistas		0,7939				
Cobertura vacinal			0,7159			
Despesa total						
% recursos próprios			-0,7884			
Transferências federais			0,7162			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

NT₁: São indicadores importantes da qualidade da atenção ambulatorial, utilizados para avaliar acessibilidade e efetividade da atenção primária.¹⁰

O fator Condições de Vida chama a atenção pelo tipo e número das variáveis relacionadas que carregaram neste fator, o que faz sentido teórico e permite assumir uma validação confirmatória de conteúdo da análise.

O segundo fator, Porte Populacional e Cuidados Médicos, demonstrou que à medida que aumenta o porte populacional aumenta o número de médicos e cirurgiões-dentistas disponíveis ao SUS.

Observou-se, ainda, correlação positiva entre a cobertura vacinal e as transferências federais por habitante/ano e correlação negativa entre o percentual de recursos próprios em saúde no fator Financiamento e APS. Foi possível identificar, também, que quanto maior a cobertura da estratégia Saúde da Família menor o coeficiente de Mortalidade Infantil.

O próximo passo foi calcular os valores de cada componente para cada município, que são os escores fatoriais. A partir destes escores, foi possível calcular o escore fatorial final, obter um índice final (Índice de Condição de Vida e Situação de Saúde – ICVSS) e classificar os municípios em quatro grupos, numa escala ordinal, variando de 1,03 (ótimas condições) a -0,96 (muito baixas condições). A classificação dos grupos foi realizada por meio de análise de agrupamento. Os primeiros municípios listados na Tabela 7 apresentaram o pior desempenho em relação ao ICVSS.

Tabela 7 – Escore fatorial final, classificação por grupo homogêneo e índice final (ICVSS).

MUNICÍPIO	GRUPO		
	ESCORE FINAL	HOMOGÊNEO	ÍNDICE
DOUTOR ULYSSES	-0,96	1	0,00
CERRO AZUL	-0,90	1	0,03
QUITANDINHA	-0,49	2	0,24
TIJUCAS DO SUL	-0,36	2	0,30
ITAPERUÇU	-0,36	2	0,30
AGUDOS DO SUL	-0,35	2	0,31
TUNAS DO PARANÁ	-0,27	2	0,35
CONTENDA	-0,11	2	0,43
ALMIRANTE TAMANDARÉ	-0,10	2	0,43
RIO BRANCO DO SUL	-0,09	2	0,44
BALSA NOVA	-0,09	2	0,44
ADRIANÓPOLIS	-0,03	3	0,47
FAZENDA RIO GRANDE	-0,02	3	0,47
CAMPO MAGRO	0,02	3	0,49
LAPA	0,03	3	0,49
PIRAQUARA	0,06	3	0,51
CAMPINA GRANDE DO SUL	0,06	3	0,51
BOCAIÚVA DO SUL	0,08	3	0,52
CAMPO LARGO	0,17	3	0,57
COLOMBO	0,19	3	0,58
MANDIRITUBA	0,29	3	0,63
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	0,49	4	0,73
QUATRO BARRAS	0,52	4	0,74
PINHAIS	0,53	4	0,75
ARAUCÁRIA	0,67	4	0,82
CURITIBA	1,03	4	1,00

Na Tabela 7, é possível identificar que 57,6% dos municípios apresentaram índice abaixo de 0,50 demonstrando baixo desempenho para as condições de vida e saúde. A classificação dos quatro grupos foi disposta em um mapa, para evidenciar a distribuição espacial das desigualdades intrarregionais para o índice proposto (Figura 3).

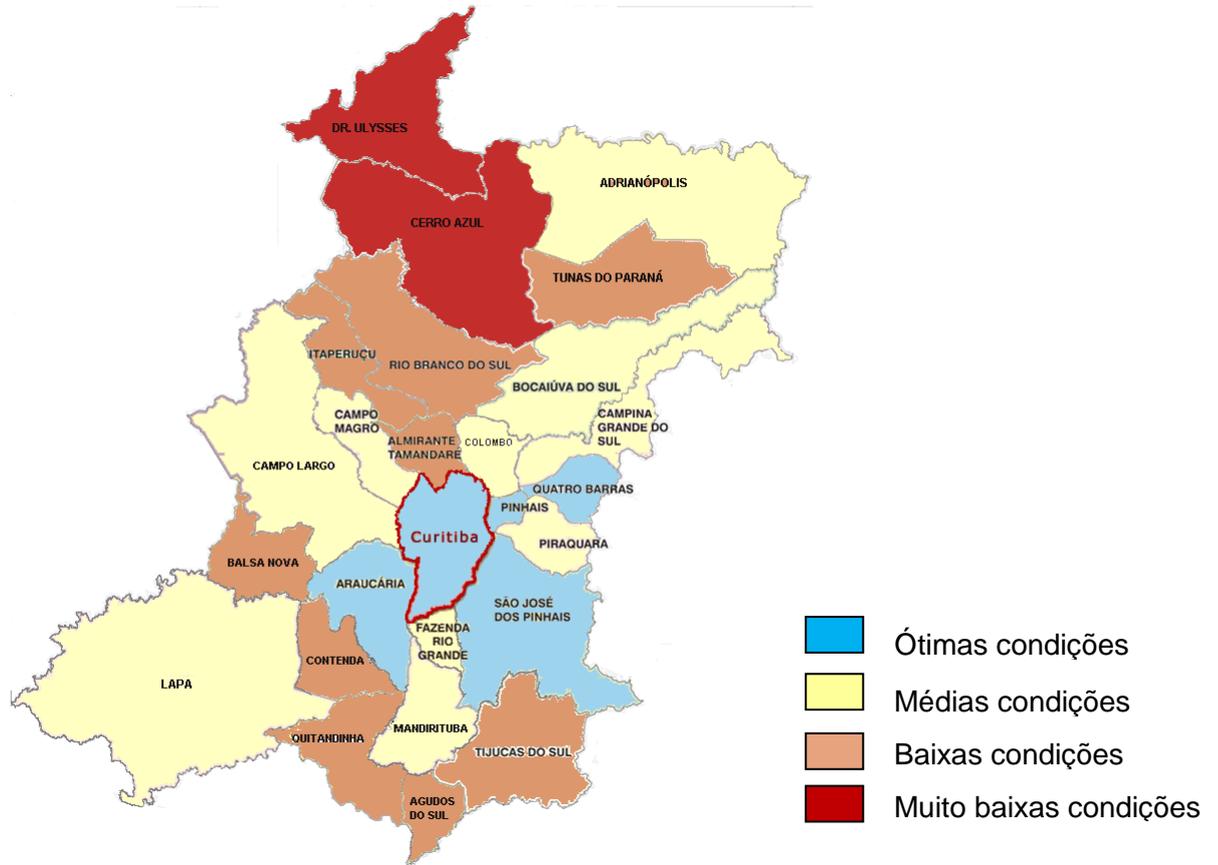


Figura 3 – Grupos de municípios de acordo com o desempenho para o ICVSS.

Observa-se que os municípios localizados ao norte da RMC, no Vale da Ribeira, apresentaram os piores índices, demonstrando a vulnerabilidade desta região (Figura 3).

3.3 Estrutura da média complexidade

O acesso aos serviços de média complexidade foi analisado a partir da estrutura dos serviços existentes nos municípios da RMC. Para isto, foram examinadas a capacidade instalada, a demanda encaminhada e a demanda reprimida.

A capacidade instalada de consultas e de exames especializados apresentou acentuada desigualdade nos municípios da Região Metropolitana, onde a maioria dos serviços está centralizada no município polo, Curitiba.

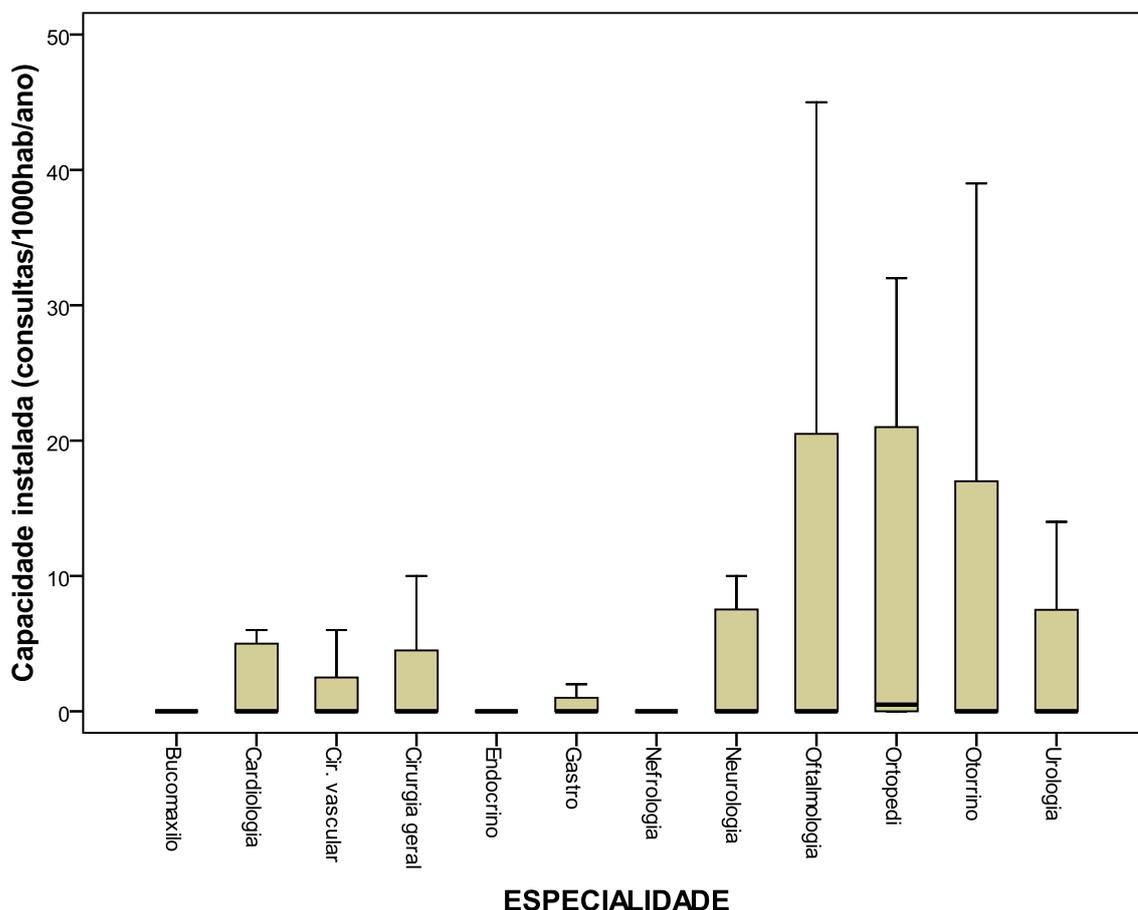


Figura 4- Capacidade instalada de consultas especializadas selecionadas dos municípios da RMC, no ano de 2008.

O acesso a consultas especializadas dentro do próprio município não acontece para 50% dos municípios investigados, por inexistência de oferta (Figura 4). A oftalmologia e a cirurgia bucomaxilofacial foram as especialidades com maior e menor oferta, respectivamente. Para os exames, observa-se que 75% dos municípios ofertaram exames de imagem, com a maior oferta concentrando-se na

radiologia simples, e a menor oferta em endoscopia digestiva alta. A obstetrícia de risco foi ofertada apenas em dois municípios, revelando uma dificuldade para o acesso a este atendimento quando se considera a extensão territorial da Região Metropolitana de Curitiba.

Ao analisar a demanda encaminhada de consultas e exames, é possível verificar como se dá o acesso aos serviços de média complexidade, por meio da Central de Marcação de Consultas e Exames do município de Curitiba (Figura 5).

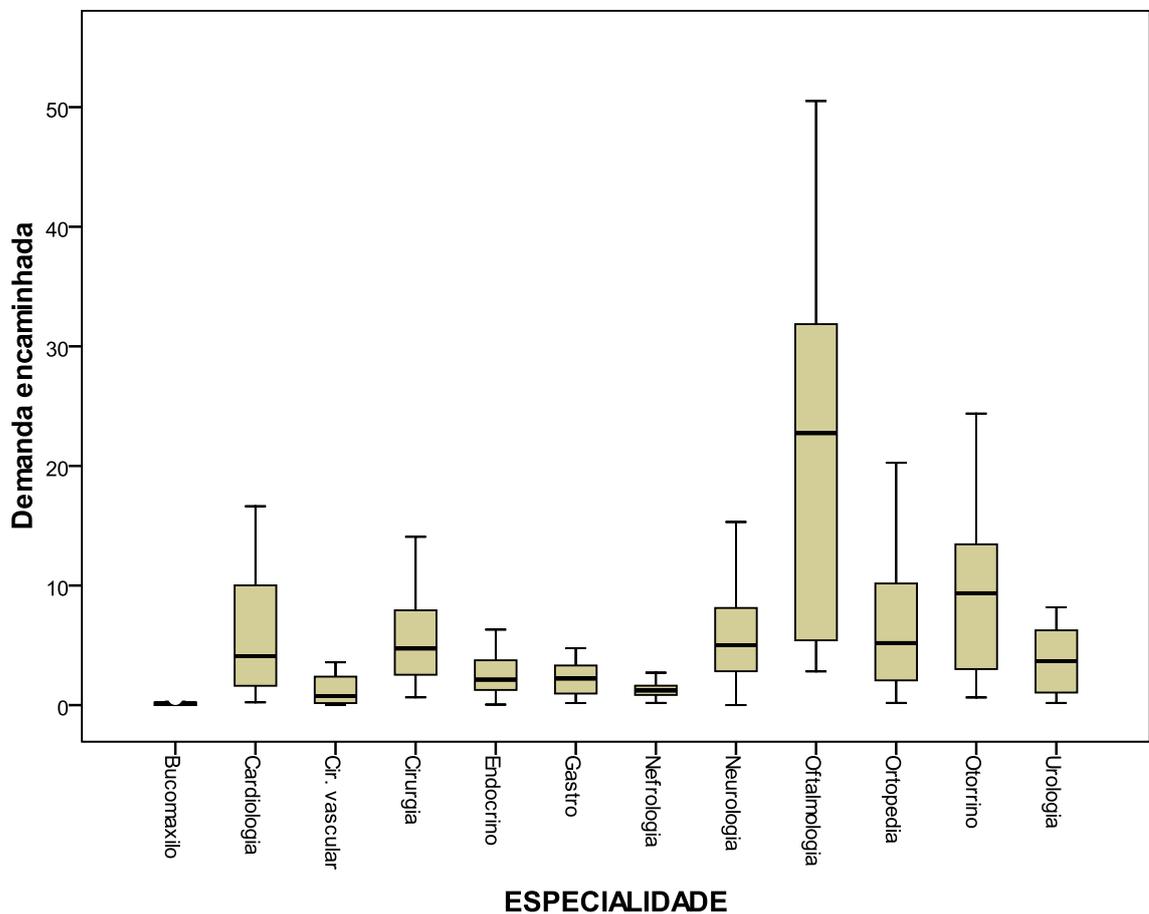


Figura 5 – Demanda encaminhada de consultas especializadas selecionadas nos municípios da RMC, no ano de 2008.

Assim como se verificou para a análise de capacidade instalada, a oftalmologia e a cirurgia bucomaxilofacial apresentaram a maior e a menor demanda encaminhada, respectivamente. Comparando as medianas de endoscopias digestivas altas e de consultas de gastroenterologia, identificou-se que os municípios encaminham 99% de exames a mais que as consultas. Isto se deve, provavelmente, ao encaminhamento desses exames por clínicos gerais, dentro dos municípios de origem (Figura 5). O encaminhamento de gestantes para a assistência de obstetrícia de risco foi realizado pela maioria dos municípios.

Considerando os dados apresentados, a radiologia simples foi o exame mais encaminhado, seguida da ultrassonografia e da endoscopia, sendo que todos apresentaram variação acentuada.

Ao examinar a demanda reprimida que consta da Figura 6, foram evidenciadas as necessidades que não foram supridas para as consultas e exames especializados selecionados.

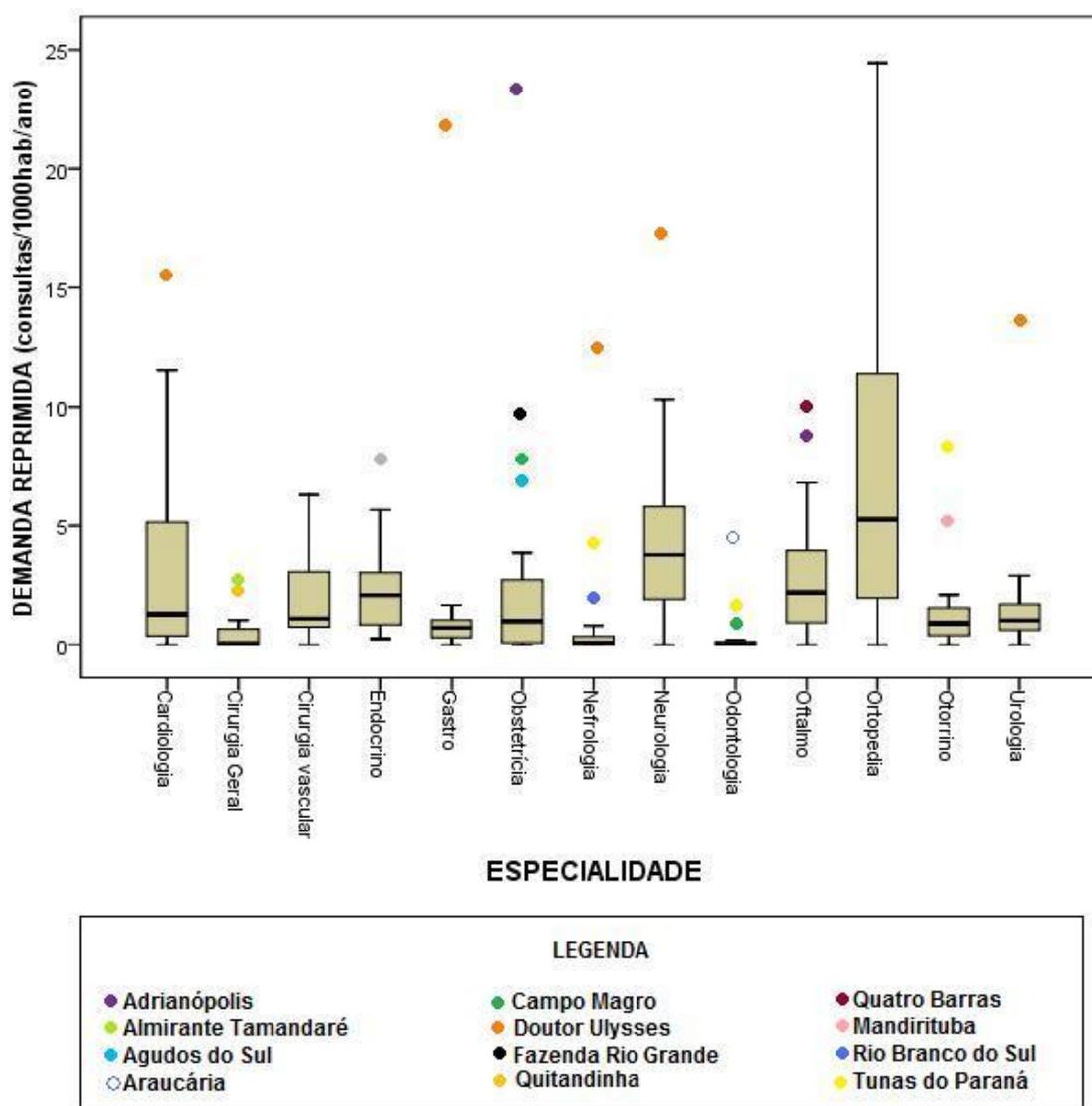


Figura 6 – Demanda reprimida de acordo com a especialidade na RMC.

A ortopedia apresentou maior carência, seguida pela cardiologia e pela neurologia. No extremo oposto desta lista, ou seja, as especialidades com menores problemas de atendimento da demanda estão a cirurgia bucomaxilofacial e a nefrologia.

O acesso à obstetrícia de risco demonstrou ser difícil para 75% dos municípios. Ressalta-se a importância desta informação, tendo em vista que são casos que não podem aguardar por muito tempo devido aos riscos para a gestante e

para o bebê. As gestantes, enquanto não conseguem acesso a este serviço, também ficam sem a retaguarda hospitalar necessária à sua condição.

Identificou-se, também, o acesso insuficiente para os exames de ultrassonografia para 25% dos municípios.

Os desvios evidenciam os municípios que apresentaram acentuada demanda reprimida para as especialidades selecionadas, demonstrando uma dificuldade marcante para os municípios com baixa capacidade financeira, principalmente para aqueles localizados no Vale do Ribeira.

3.4 Acesso aos serviços de média complexidade

O acesso aos serviços de média complexidade foi calculado a partir da soma da capacidade instalada e da demanda encaminhada. Os dados obtidos estão expressos na Figura 7.

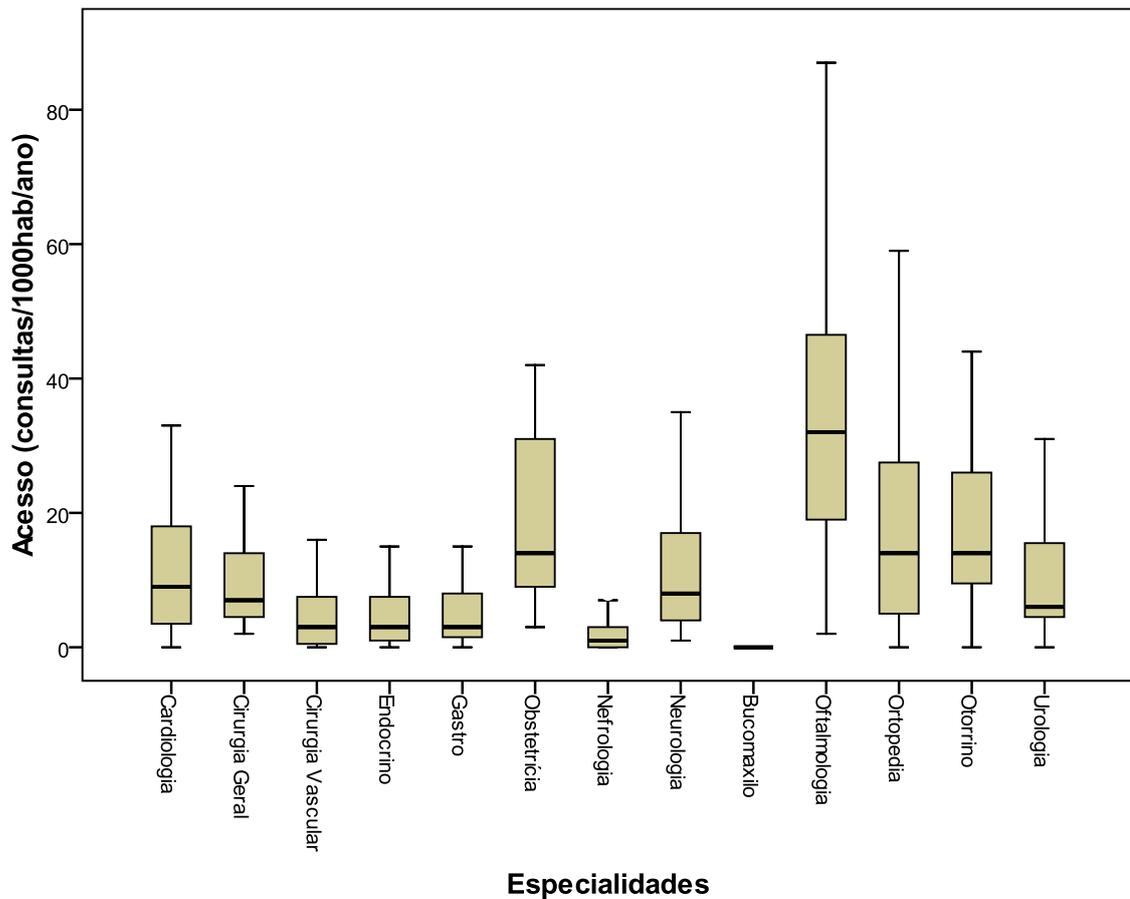


Figura 7 - Acesso aos serviços de média complexidade nos municípios da RMC, no ano de 2008.

Observou-se, nesta figura, que 25% dos municípios não teve acesso às consultas de cirurgia vascular, nefrologia e cirurgia bucomaxilofacial, e esta última apresentou acesso somente para 25% dos municípios estudados. A oftalmologia foi a especialidade com maior desigualdade no acesso, variando de 2 a 187 consultas/1000 hab/ano.

3.5 Padrão de utilização de serviços

O padrão de utilização de serviços foi obtido a partir da somatória da capacidade instalada, da demanda encaminhada e da demanda reprimida das consultas e exames especializados selecionados. Esta etapa da pesquisa teve a finalidade de conhecer o perfil das demandas originadas nos serviços de média complexidade para os municípios da RMC e identificar se existe um padrão de utilização relativamente homogêneo.

Como em outras categorias examinadas, a análise do padrão de utilização de serviços apontou uma variação acentuada para as especialidades estudadas (Figura 8).

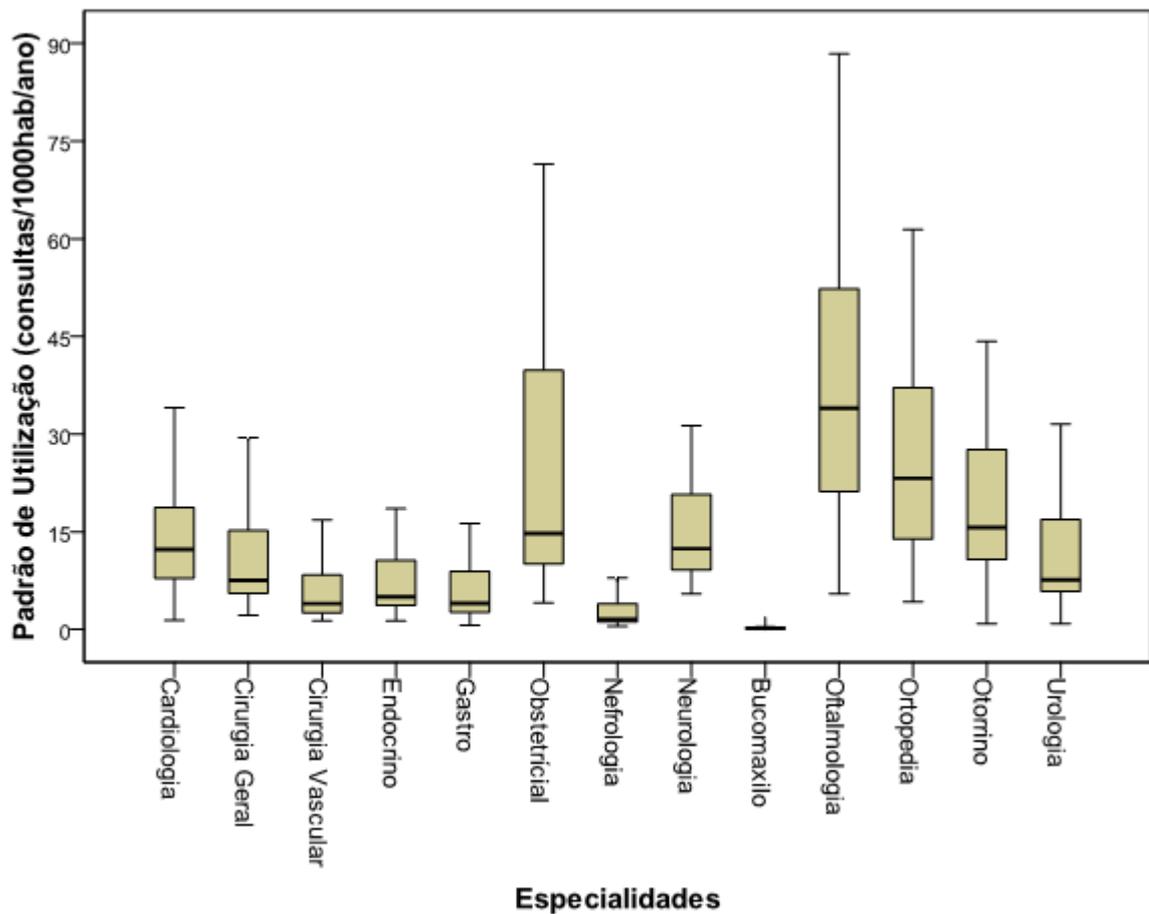


Figura 8 - Padrão de utilização de consultas e exames especializados selecionados nos municípios da RMC, em 2008.

Ao analisar as medianas na Figura 8, constatou-se que a oftalmologia seguida da ortopedia e da otorrinolaringologia foram as especialidades com maior padrão de utilização de serviços. Apenas metade dos municípios apresentaram demandas para a cirurgia bucomaxilofacial. Em relação aos exames, a radiologia simples foi o exame mais solicitado e apresentou uma acentuada amplitude, demonstrando desigualdades marcantes entre os municípios pesquisados.

4. DISCUSSÃO

A análise de contexto revelou acentuadas iniquidades socioespaciais na RMC. À medida que aumenta a distância entre os municípios e a capital, piores condições de vida e saúde foram evidenciadas e maiores as iniquidades no acesso aos serviços de saúde^{9,28}. Este fenômeno se deve provavelmente à dificuldade encontrada pelos municípios mais afastados do município polo na contratação e manutenção de profissionais de saúde, à baixa resolutividade na atenção primária, à ausência de protocolos clínicos e de regulação, à falta de pessoal qualificado para atuar na gestão dos serviços e o acesso restrito à Central de Marcação de Consultas de Curitiba. Além disso, ressalta-se a ausência de planejamento de ações por parte do Governo do Estado e de uma política de alocação de recursos equitativa na RMC.^{22,31,32,33,35} Tal situação poderia ser minimizada a partir de cooperação técnica entre o município polo e os outros municípios, principalmente pelo fato de que Curitiba é protagonista em experiências exitosas na área da saúde. A efetivação desta parceria pode gerar como resultado um aumento na resolutividade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a redução do referenciamento aos serviços de média complexidade. No entanto, o que se observa é que a capacidade técnica centralizada no município polo imprime uma hegemonia sobre os outros municípios, e, de certa forma, inibe, e até mesmo impossibilita, o surgimento de iniciativas para o aprimoramento da gestão dos sistemas de saúde da região metropolitana.

Este estudo demonstrou a complexidade das interações políticas que fazem com que as experiências de uma das cidades mais bem administradas e sucedidas do país não consigam atravessar das fronteiras para seu entorno, situação que acaba por impactar negativamente o próprio sistema de saúde da cidade polo, uma vez que possibilita o acesso de usuários que deveriam ser atendidos em seus

próprios municípios pelas portas das urgências ou emergências, e principalmente, agrava quadros clínicos que poderiam ser resolvidos com maior antecedência e com maior respeito e dignidade ao cidadão.

A heterogeneidade e desigualdade de capacitação técnica dos municípios dificultam o processo de discussão e articulação exigido para a gestão metropolitana, e mais uma vez, impõe uma situação de certa subserviência de grande parte dos municípios do entorno, em relação ao município polo.

Observou-se que os municípios classificados no grupo com ótimas condições foram aqueles que ofereceram maior acesso aos serviços de saúde tanto na atenção primária quanto na atenção especializada. Estudos, como as Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008, têm relatado que as pessoas residentes em regiões mais desenvolvidas utilizam mais os serviços de saúde do que aquelas que residem em áreas menos favorecidas.^{9,10,18,31,32}

Esta situação está associada a uma fragmentação dos serviços, mesmo em municípios com grande capacidade instalada. Os cuidados em saúde são ofertados sem que haja uma referência segura aos níveis de complexidade e contrarreferência às unidades de saúde. A institucionalização de um sistema de referência e contrarreferência ainda se constitui em relevante desafio aos gestores e profissionais de saúde.^{7,13}

Do mesmo modo, a baixa resolutividade da atenção primária, a ausência de protocolos de regulação dos encaminhamentos e a dificuldade na contratação de profissionais médicos impactam no aumento da referência aos serviços de média complexidade, por vezes equivocada, e conseqüentemente na dificuldade de acesso a estes serviços.^{22,26} A regionalização passa a ser fundamental na organização dos

serviços. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de implantar as redes de atenção à saúde conectadas entre si por uma missão única.¹⁹

As iniquidades no perfil epidemiológico e da rede de cuidados à saúde permitem inferir que os municípios apresentam realidades diferentes na quantidade e qualidade da atenção primária oferecida, principalmente quando se avaliam as diferenças entre a oferta de consultas da atenção básica, a disponibilidade de profissionais e as taxas de mortalidade de infantil.

Os gastos com a atenção de média complexidade são financiados majoritariamente por recursos próprios, o que explica uma oferta maior em municípios com maior capacidade financeira, sem que isto possa representar qualidade ou adequação às necessidades da população.

A obstetrícia de risco tem oferta limitada na Central de Marcação de Consultas do município polo, acarretando numa demanda reprimida que preocupa quanto à saúde da gestante e do bebê. De acordo com gestores do município polo, a oferta de atenção ao pré-natal de alto risco está vinculada ao número de leitos de UTI neonatal, por isso a dificuldade em aumentar o número de pacientes acompanhadas (informação verbal).

A cirurgia bucomaxilofacial revelou baixas necessidades entre os municípios estudados, possivelmente devido à baixa capacidade dos municípios em oferecer acesso aos serviços básicos de saúde bucal. Estudos demonstram que os serviços públicos ainda não implementaram formas de organização do trabalho que possam garantir acesso universal com garantia de continuidade de tratamento aos cidadãos.¹⁷

O trabalho revelou que os municípios mais pobres apresentaram maior demanda reprimida, principalmente aqueles localizados no Vale do Ribeira, como Doutor Ulysses. Esta situação confirma os estudos que demonstraram que os indivíduos com pior nível socioeconômico têm maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde.^{17,24} Além disso, aponta para a dependência econômico-financeira de outras esferas de Governo, que é enfrentada pelos municípios de pequeno porte, que por não possuírem fontes de financiamento próprias para custear a implantação de serviços de média complexidade e não disporem de alternativa, tornam-se dependentes das ações disponibilizadas pelo município pólo, o que nem sempre consegue atender às demandas.

Não se deve esquecer que os números expressos, neste caso, de demanda reprimida, são referentes a cidadãos que enfrentaram certa dificuldade no acesso a atenção primária e, que ao alcançar o acesso ao serviço especializado terão que se deslocar a outro município. O tempo de espera para este atendimento somado ao tempo de espera pelo exame especializado gerado, provavelmente resultará no agravo da situação de saúde deste cidadão-usuário.

Outro fato importante é que, mesmo pertencendo a uma Região Metropolitana, há distâncias muito grandes a serem percorridas entre os municípios, sem deixar de mencionar as estradas que, em muitos casos, dificultam sobremaneira o acesso aos serviços instalados na cidade polo.

Neste sentido, deve-se lançar mão de estratégias já implantadas, mas que necessitam ser apoiadas e mais bem utilizadas, tais como o Consórcio Metropolitano de Saúde, que pode vir a ser a grande alternativa para resolver grande parte da demanda por serviços de saúde de média complexidade.

Cabe ainda ressaltar que o próprio estado do Paraná dispõe de um Plano Diretor de Regionalização, que poderia ser utilizado para nortear os investimentos nas microrregiões da RMC, possibilitando a ampliação do acesso aos usuários dos municípios mais longínquos a serviços de maior complexidade, em locais mais próximos de suas residências e favoreceriam, inclusive, a fixação de profissionais nesses municípios e respectivas áreas de abrangência.

Torna-se evidente que a centralização de recursos financeiros, humanos e tecnológicos no município polo não conseguiu atingir as populações residentes no anel mais externo da região. Quando muito, atingiu as populações de áreas conurbadas ou limítrofes. Depreende-se que seja necessária a adoção de uma nova estratégia de ação que possa fazer frente ao desafio de levar o direito à saúde aos cidadãos da região metropolitana com qualidade e resolutividade, e principalmente, respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade.

Por fim, ressalta-se a relevância da regionalização coordenada e pactuada dos serviços de média complexidade, uma vez que se refere a um território tão grande quanto as diferenças entre as realidades de alguns municípios aqui estudados. Neste último aspecto, é indispensável destacar não apenas as distâncias rodoviárias e obstáculos naturais entre os municípios, mas também as discrepâncias econômicas, de desenvolvimento social e diferenças culturais que, mesmo num espaço geográfico comum, não passaram despercebidas.

Uma das limitações deste estudo refere-se à complexidade em analisar o acesso, pois requer medidas multidimensionais e não se explica apenas pela sua utilização. Da mesma forma, a ausência de um sistema de informações que apresente indicadores de necessidades e cobertura dos serviços de saúde nos municípios apresenta-se como uma limitação para este estudo e também para o

planejamento e organização dos serviços. A demanda encaminhada via Central de Marcação de Consultas expressa o número de consultas agendadas e não aquelas efetivamente realizadas. A ausência de literatura científica que aborde o acesso a partir da utilização dos serviços de serviços de saúde e de sua demanda reprimida. A maior parte dos estudos de acesso refere-se à percepção do usuário.

5. CONCLUSÃO

Este estudo reconheceu a Região Metropolitana de Curitiba como um espaço heterogêneo, marcado por iniquidades no acesso aos serviços de média complexidade. A capacidade instalada e a demanda encaminhada evidenciaram uma dificuldade de acessibilidade geográfica para grande parte dos municípios estudados.

Frente ao exposto, é necessário agir com equidade e oferecer maior suporte técnico aos municípios com baixa capacidade financeira, possibilitando a qualificação das ações da atenção primária e regular os serviços especializados, reduzindo assim o número de encaminhamentos para a média complexidade e consequentemente ampliando o acesso à população e aprimorando a resolutividade do sistema de saúde como um todo. O desenvolvimento de políticas de saúde mais equitativas nestas centralidades menores pode colaborar para o desenvolvimento do seu entorno próximo, minimizando as iniquidades em saúde e os problemas de exclusão social nos municípios mais distantes.

REFERÊNCIAS

1. Baldani MH, Almeida ESd, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):446-54.

2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº95, de 26 de janeiro de 2001. Diário Oficial da União. 2001.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção Especializada em Saúde no Brasil: Indicadores e Tabelas Seleccionados. Brasília – DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. Câmara G, Carvalho MSC. Análise espacial na definição de políticas públicas em aglomerados urbanos. In: Rassi Neto E, Bógus CM, editors. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.137-5.
5. Cerqueira MB, Pupo LR. Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, editors. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. p. 215.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
7. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010;26(4):725-37.
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.
9. Dubale T, Mariam DH. Determinants of conventional health service utilization among pastoralists in northeast Ethiopia. Ethiop. J. Health Dev. 2007; 21(2):142-47.
10. Ishitani LH, Franco GdC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;40:684-91.
11. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AAd, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009;43:928-36.
12. Figueiredo Filho DB, SILVA JÚNIOR JAD. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. Opin Pública. 2010;16(1):160-85.
13. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Franco TB et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p.125-34.

14. Grostein MD. Metrópole e expansão urbana: a persistência de processos “insustentáveis”. São Paulo em Perspec. 2001.15(1). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n1/8585.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2010.
15. Ishitani LH, Franco GdC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2006;40(4):684-91.
16. Johnson R A, Wichern DW. Applied multivariate statistical analysis. 2 ed. New Jersey: Prentice Hall International, 1988.
17. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2006.
18. Marinho A, Cardoso SdS. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. Econ Apl. 2007;11(4):527-54.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010. 15(5):2297-305.
20. Moysés SJ, Moysés ST. Diferentes abordagens dos estudos epidemiológicos – do individual ao ecológico. In: Antunes JLF; Peres, MA, editores. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.269-78.
21. Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. Indicadores de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/vig_epidemiolog/indicadores_saude/Estado_Parana.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2010.
22. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15:1009-19.
23. Pochmann M, Amarin R. Atlas de exclusão social no Brasil. 2ª edição. São Paulo: Cortez; 2003.
24. Ribeiro MCSdA, Barata RB, Almeida MFd, Silva ZPd. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:1011-22.

25. Roese A, Gerhardt TE. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(2):221-9.
26. Rosa TEdC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2009;12(2):158-71.
27. Sarmiento Júnior KMdA, Tomita S, Kos AOda. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(3):256-62.
28. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2004.
29. Szuchman T. Diferenças intra-regionais e a gestão da Região Metropolitana de Curitiba Curitiba: Pontificia Universidade Católica - PUCPR; 2007.
Disponível em:
<http://www.biblioteca.pucpr.br/pergamum/biblioteca/index.php?codAcervo=222034#posicao_dados_acervo>. Acesso em 03 mar. 2010.
30. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(supl.2):S190-S8.
31. Travassos C, Oliveira EXGd, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):975-86.
32. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(supl.1): 98-112.
33. Viacava F. Acesso e uso dos serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis - Comunicação em Saúde.* 2010; 96:12-9.
34. Walter BM, Carriel, P. Um quebra-cabeça que não se encaixa. *Gazeta do Povo* 2009 Abr. 05, p.04.
35. Wong M, Chau PH, Woo J. A geographical study of health services utilization among elderly in Hong Kong: from spatial variations to health care implications. *Health Services Insights.* 2009; 2: 1-13.

II. ARTIGO DOIS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA: O DISCURSO DOS GESTORES (*)

ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EM LA REGIÓN METROPOLITANA DE CURITIBA: DISCURSO DE GERENTES

ACCESS TO MEDIUM COMPLEXITY HEALTHCARE SERVICES IN THE CURITIBA METROPOLITAN AREA: A REPORT BY THE ADMINISTRATORS

Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera

Bolsista da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba - Paraná – Brasil

Samuel Jorge Moysés

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba - Paraná – Brasil

Este artigo é inédito, sendo resultado de dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da PUC-PR, área de Concentração em Saúde Coletiva, e com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP-PUCPR).

RESUMO

O acesso aos serviços de média complexidade apresenta-se como uma dificuldade, pelos custos e/ou pela densidade tecnológica envolvida, em vários municípios brasileiros. Este estudo objetivou compreender a percepção do gestor em relação ao acesso da população aos serviços de saúde de média complexidade na Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Realizou-se um estudo exploratório de abordagem qualitativa, com dezessete gestores de saúde da RMC. Os dados foram obtidos por meio de técnica de entrevista semi-estruturada, sendo avaliados por análise de discurso. A análise demonstrou que os municípios se encontram em diferentes estágios da atenção básica, onde a dificuldade no acesso aos serviços de média complexidade promove interrupção na continuidade das linhas de cuidado. Entende-se como necessária a regionalização dos serviços, uma vez que se trata de uma área de abrangência tão grande quanto as diferenças entre as realidades de alguns municípios aqui estudados.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade no Acesso. Serviços de Saúde. Políticas de Saúde. Desigualdades em Saúde.

RESUMEN

El acceso a los servicios de mediana complejidad se presenta como una dificultad, por los costos y / o tecnología de densidad que participan en varias ciudades del Brasil. Este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción del directivo en relación con el acceso de la población a los servicios de salud de mediana complejidad en la Región Metropolitana de Curitiba (RMC). Se realizó un estudio exploratorio de abordaje cualitativo, con diecisiete gerentes de salud de RMC. Los datos fueron obtenidos mediante la técnica de entrevista semi-estructurada y se analizaron mediante el análisis del discurso. El análisis muestra que los municipios están en diferentes etapas de la atención primaria, donde la dificultad de acceder a los servicios de mediana complejidad promueve la interrupción en la continuidad de las líneas de atención. Se entiende como necesario para la regionalización de los servicios, ya que es un área de cobertura tan grande como las diferencias entre las realidades de algunos municipios estudiados.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud. Equidad en el acceso. Política de Salud. Desigualdades en Salud.

ABSTRACT

The access to medium complexity healthcare services represents a difficulty due to its costs and/or the technological density involved in many Brazilian municipalities. This study aimed to understand an administrator's perception of the access by the population to medium complexity healthcare services in the Curitiba Metropolitan Area (CMA). An exploratory study was conducted with seventeen health administrators in the CMA. The data were obtained in semi-structured interviews, which were evaluated through speech analysis. The analysis has shown that the municipalities are in different stages regarding basic healthcare, where the difficulty in access to medium complexity healthcare services promotes interruptions to healthcare lines. The regionalization of medium complexity and health services is deemed necessary, once this area is as complex as the differences in reality of some of the municipalities studied here.

Keywords: Health Services Accessibility. Access equity. Health services. Healthcare Policies. Health inequities.

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde definiu a atenção de média complexidade como um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, e de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, com maior densidade tecnológica (Brasil, 2001).

O acesso a estes serviços apresenta-se como uma dificuldade, principalmente para os pequenos municípios, pelos custos e/ou pela densidade tecnológica envolvida (Brasil, 2004; Franco e Magalhães Júnior, 2003). Por outro lado, uma parcela da demanda encaminhada a este nível de assistência ocorre devido à baixa resolutividade na atenção primária, promovendo uma pressão da demanda por estes serviços e gerando longas filas de espera nos municípios (Pires et al., 2010; CONASS, 2007; Sarmiento Júnior, Tomita e Kos, 2005).

Esta situação é similar em vários municípios brasileiros, sendo pauta prioritária de discussão em instâncias de gestão local, regional e nacional (Walter e Carriel, 2009). Apresenta-se como tema de debates em instâncias do controle social, como em conferências e conselhos de saúde, bem como vem se tornando objeto de estudo em outros aglomerados urbanos; é o caso, por exemplo, dos 26 municípios da Região Metropolitana de Curitiba - RMC (Pires et al., 2010; Cerqueira e Pupo, 2008).

Acesso/acessibilidade à ações e serviços de saúde envolve uma conceituação complexa, que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Apresenta-se como uma característica da relação demanda/oferta de serviços, relevante para a explicação do padrão de utilização efetiva dos serviços e representa uma dimensão importante nas pesquisas sobre equidade em sistemas de saúde (Travassos e Martins, 2004; Donabedian, 2003).

Tal é a relevância desta questão, que foi abordada nos suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), nos anos de 1998, 2003 e 2008, permitindo um monitoramento das políticas voltadas ao acesso e utilização de serviços de saúde (Ferreira et al., 2010; Oliveira et al., 2009; Travassos et al., 2008).

Donabedian (2003) optou pelo termo “acessibilidade” e relatou duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica, apontando que ambas se inter-relacionam. A primeira inclui todas as características da oferta de serviços, com exceção dos aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das

peças no uso dos serviços. A acessibilidade geográfica pode ser mensurada pela distância linear, distância e tempo de locomoção, despesa da viagem, entre outros.

Cunha & Vieira-da-Silva (2010) analisaram a organização do sistema e os serviços de saúde de um município da Bahia. O estudo revelou que, frente à ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado dentro da rede básica, a acessibilidade sofre grande influência das características organizacionais das unidades, que traduzem os diferentes perfis profissionais e de gestão local.

Estudo realizado com secretários de saúde da Região Metropolitana da Baixada Santista demonstrou diferenças intrarregionais no acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção. Na atenção básica, identificou que os municípios estavam em estágios diferentes de estruturação da rede. Para a média complexidade, observou-se forte dependência do município-sede da microrregião. A alta complexidade apresentou importante estrangulamento na área de traumatologia ortopedia cirúrgica (Barboza et al., 2008).

Cerqueira e Pupo (2008) estudaram o acesso aos serviços de saúde em comunidades com precárias condições de vida. A maior barreira identificada foi a baixa capacidade do sistema em responder adequadamente e com agilidade às demandas e necessidades de saúde, podendo ser exemplificada como oferta insuficiente de serviços de atenção especializada, longa espera por exames, indisponibilidade de determinados medicamentos e pela morosidade na obtenção do cuidado.

Observa-se que as características e as possibilidades de acesso nos sistemas municipais resultam de processos históricos, onde os atores sociais fazem escolhas racionais e estratégicas que definem regras e ordenam a gestão de recursos mobilizados no enfrentamento das complexidades da equação oferta-demanda (Leal e Tomita, 2006).

Considerando o exposto e a importância do secretário municipal de saúde como ator neste processo, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção do gestor de secretarias municipais de saúde da RMC, em relação ao acesso da população de seu município aos serviços de saúde de média complexidade, e como ele se relaciona com os demais agentes públicos no seu contexto de gestão.

2. MÉTODO

Realizou-se estudo exploratório com abordagem qualitativa, projetando-se envolver os secretários municipais de saúde dos 26 municípios da Região Metropolitana de Curitiba (Figura 1). Foram convidados a participar deste estudo, no período de dezembro de 2009 a julho de 2010. Dos 26 iniciais, dezesseis gestores municipais e 1 gestor regional participaram da pesquisa, sendo que cinco não aceitaram participar e houve dificuldade de agenda com os outros cinco, ou seja, embora aceitando participar mostraram-se indisponíveis na sequência.



Fonte: Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC), 2010.

Figura 1 – Mapa geopolítico da Região Metropolitana de Curitiba.

A técnica de entrevista utilizada foi a semi-estruturada que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, para que o entrevistado tivesse a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem opções de respostas prefixadas pelo pesquisador (Minayo, 2006). As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, sendo mantidos os conteúdos das falas de forma literal. Então, foram avaliadas por meio da análise de discurso, que tem como objetivo básico realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e compreensão do significado de enunciados produzidos nos mais diferentes campos.

Na sequência, a leitura exhaustiva do material permitiu a classificação dos dados discursivos, que foram agrupados em categorias, considerando as motivações, as similaridades e as convergências, tomando como base os depoimentos dos gestores. O agrupamento das unidades de significado resultou em sete categorias: 1) contextualização da atenção primária (ou atenção básica), 2) demanda por serviços, 3) média complexidade, 4) medidas para melhorar o acesso na média complexidade, 5) internações hospitalares, 6) saúde bucal e 7) articulação política.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUCPR, nº 0003278/09, em 16 de setembro de 2009.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Contextualização da Atenção Primária

As falas dos sujeitos demonstraram que a atenção básica não é praticada plenamente e que os mesmos têm se esforçado para organizá-la.

- (i) [...] *a atenção primária não é praticada plenamente. Ela é praticada apenas como atenção básica e se compromete muito mais com agendamento de atenção especializada do que com a resolução de problemas (G7).*
- (ii) [...] *a atenção básica nunca foi tida como prioridade no município. [...] deveria coordenar o sistema. [...] tudo era feito no Hospital. Só a triagem era feita na Unidade, ou seja, era uma extensão do Hospital (G1).*
- (iii) [...] *começamos há um ano a reorganizar a atenção básica no município (G9).*

Os sistemas de atenção à saúde são fragmentados, atuam de maneira isolada, sendo incapazes de prestar um cuidado contínuo à população. Mendes (2010) afirma que, nestes sistemas, a atenção básica não consegue exercer seu papel de coordenadora do cuidado.

Os gestores buscam a Estratégia Saúde da Família como forma de reorganizar os serviços de saúde, seguindo os preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (2006).

- (i) [...] *a gente não conseguiu nesses dois anos e meio, ainda, implantar a Estratégia Saúde da Família (G1).*
- (ii) [...] *na atenção básica nós ampliamos nossas equipes de PSF da Estratégia Saúde da Família, tanto na parte de médicos quanto na parte de odontologia em saúde bucal. Ampliamos o número de agentes comunitários e hoje estamos com uma cobertura de 87% do município na Estratégia Saúde da Família (G3).*
- (iii) [...] *E os avanços a gente consegue com a Equipe de PSF. [...] Então o PSF é o grande pulo da saúde (G10).*
- (iv) [...] *o maior avanço foi conseguir é... colocar é... a reestruturação das unidades de PSF da Estratégia Saúde da Família (G12).*

Esta organização da atenção com foco na Saúde da Família esbarra na dificuldade de contratação de médicos, acarretando numa rotatividade grande destes profissionais e na dificuldade em consolidar o vínculo com a comunidade.

- (i) [...] *a maior dificuldade que hoje eu tenho é a rotatividade de profissional médico. [...] isso é uma dificuldade muito grande e o que nos causa grande problema na resolutividade e dos problemas, principalmente dos pacientes crônicos, na manutenção dos programas dos pacientes crônicos. Eu acabo atendendo somente pacientes agudos (G3).*
- (ii) [...] *eu acho que basicamente assim, pra mim a dificuldade pra atender a atenção básica é o profissional mesmo (G6).*
- (iii) [...] *quando existem unidades bem instaladas existe falta de profissionais (G7).*
- (iv) [...] *temos encontrado uma dificuldade extremada na contratação de médico, médico pra nós tá terrível. Por quê? Porque hoje virou, na realidade, ele virou um... ele, ele virou um... um comércio, então o que, que acontece? O médico*

senta aqui na minha frente, eu ofereço um ordenado X pra ele, ele trabalha hoje. À tarde, outro município oferece cem reais a mais, ele não me diz nem “até logo”. (G10).

- (v) [...] *Dificuldades maiores encontro com os clínico-gerais – médicos em geral, por conta de o recurso financeiro ser baixo e o salário muito alto (G13).*

A rotatividade dos profissionais constituiu-se num importante obstáculo ao desenvolvimento do trabalho, onde a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho como as principais causas da rotatividade de médicos nos serviços públicos (Medeiros et al.,2010; Mendonça et al., 2010).

Esta dificuldade, também encontrada em outros estudos (Medeiros et al.,2010; Mendonça et al., 2010), é relatada pela maioria dos gestores, principalmente nos municípios mais distantes da capital. Isto acarreta no pagamento de altos salários em municípios com baixa capacidade financeira.

O financiamento insuficiente para as ações de saúde está presente nas falas da maioria dos sujeitos.

[...] nós não podemos suportar um programa desse (Saúde da Família), onde nós recebemos do governo: seis mil do governo federal e mil do governo estadual, sete mil. E gastamos entre trinta, quarenta, quarenta e cinco mil por equipe, certo? Nós não podemos suportar isso, esse ônus em cima da nossa cabeça (G10).

A dificuldade relatada é agravada pela distancia entre os municípios e a capital, forçando os municípios a pagar salários cada vez mais altos para fixar os profissionais, principalmente médicos, em seus municípios.

Alguns gestores investiram na estrutura adquirindo equipamentos, carros e ampliando a cesta de medicamentos como forma de melhorar a atenção básica no seu município. Em relação aos processos de trabalho, apenas dois sujeitos mencionaram intervir no *modus operandi* das equipes por meio de capacitações e sensibilização para estabelecer uma atenção à saúde resolutiva e qualificada. A

organização dos processos de trabalho é uma questão que precisa ser enfrentada para a mudança dos serviços, no sentido de se instituir práticas e saberes, necessários para o cuidado integral à saúde (Franco e Magalhães Júnior, 2003).

Esta categoria revelou distintos estágios de organização da rede de atenção básica e evidenciou uma grande expectativa dos gestores na Estratégia Saúde da Família (ESF) como estruturadora do sistema local de saúde. Tal situação também foi encontrada nos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, onde os gestores de saúde tem reorganizado a atenção primária pela implantação e expansão da ESF (Barboza et al, 2008).

3.2 Demanda por Serviços

Esta categoria evidencia uma preocupação dos sujeitos quanto à pressão que a população exerce na busca de serviços de saúde centrados no médico.

- (i) [...] *há situações de pessoas, que mesmo bem atendidas, não se sentem satisfeitas se não tiver a requisição daquele exame desejado no primeiro momento da consulta e insistem, muito enfaticamente, até conseguir fazer aquela consulta especializada (G7).*
- (ii) [...] *ele vem, o cidadão ele vem, como ele não tem o que fazer, ele vai no médico, é verdade, uma dorzinha de cabeça, "ah eu vou lá conversar com o médico" [...] (G10).*
- (iii) [...] *percebemos que as equipes ficam bastante, assim, limitadas a atender aquela demanda [...], de fazer o atendimento médico. E a própria população exige isso, a população não entende, por exemplo, que uma sala de... às vezes tem algumas localidades que nós temos só a sala de enfermagem, né?! para o atendimento pra medicação, pras palestras, pro trabalho de, de... orientação, e que a população não quer isso, a população quer o atendimento do médico [...] (G11).*

No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo das Unidades Básicas é voltado para as consultas médicas. A organização dos processos de trabalho é fundamental, no sentido de colocá-lo operando centrado no usuário e suas necessidades (Franco e Magalhães Júnior, 2003).

3.3 Média Complexidade

Poucos gestores relataram que os serviços de média complexidade não são um problema para o sistema municipal. Entretanto para a maioria dos entrevistados existe a dificuldade no acesso a consultas e exames especializados e que gera uma interrupção nas linhas de cuidado, revelando a fragmentação ou inexistência de rede de saúde.

- (i) [...] *hoje, no município, nós temos uma licitação onde eu compro consultas e exames especializados com recursos próprios do município pra tentar minimizar este problema, mas ainda é problema, pois eu tenho uma demanda reprimida muito grande em certas especialidades é... principalmente o acesso a cirurgias em hospitais na questão da ortopedia, na neuro, na endócrino que são “nós” que nós temos dentro do nosso sistema (G3).*
- (ii) [...] *a minha maior dificuldade é a demora desses exames. Então o que acaba acontecendo, tem aquele paciente que pode esperar que tem paciência, outros não têm e o município acaba tendo que pagar, outros (casos) o próprio paciente paga do bolso. Sem falar das demandas que há depois por causa da demora dessas consultas né!?. A própria situação: (o paciente) vai lá tentar convencer o prefeito, o secretário... achando que a culpa é nossa, que a gente que não quer marcar (G6).*
- (iii) [...] *a questão da média complexidade é o grande nó dos municípios (G9).*
- (iv) [...] *Só que é o seguinte: a linha de atendimento, ela vai até um certo momento, e depois ela é interrompida (G10).*
- (v) [...] *as questões que mais me preocupam é a cardiologia, até em função do número de pessoas hipertensas, das pessoas que tem problema, que são cardiopatas mesmo, dessa dificuldade de tá encaminhando... (G11).*
- (vi) [...] *nós temos uma situação que não é confortável, porque há uma carência acumulada muito grande, apesar do bom orçamento que nos podemos ter em proporção ao que é a arrecadação de... (nome do município) (G7).*

As situações apresentadas vêm ao encontro das observações realizadas por Barboza et al. (2008) na Região Metropolitana da Baixada Santista, onde os gestores apontam a continuidade na linha de cuidados como um problema relevante em seus municípios.

A distância entre os municípios e a capital foi apontada como barreira para o acesso, pois o município tem que disponibilizar transporte devido às baixas condições socioeconômicas da população. Do mesmo modo, apontaram a central de marcação de consultas de Curitiba como ineficiente para atender as demandas da região metropolitana.

[...] pra fazer uma consulta o município tem que disponibilizar um veículo, porque a nossa população não tem nem condições de ir por conta própria. E se ela for por conta própria do nosso município pra outro pra fazer uma consulta especializada, ela gasta dois dias. Ou seja, no mesmo dia ela não consegue ir e voltar e estar lá no horário da consulta (G6).

Observou-se forte dependência com o município polo.

[...] Você vai pra Central de Atendimento. Aonde é a Central de Atendimento? Curitiba. Curitiba, claro, a demanda deles também é muito grande, não tenho dúvida nenhuma, tudo cai em Curitiba, tudo cai em Curitiba, né! Que o sistema é arcaico, deve ser um sistema arcaico, porque você liga pra lá, você não consegue, é... acessar nada, acessar nada. Então, o que... que eles tão fazendo hoje? Nós temos a marcação de consultas, né?! Hoje temos a marcação de consulta, ela funciona por cinco minutos, tem uma hora lá das sete e meia que ela funciona cinco, sete minutos e cai o sistema (G10).

3.4 Medidas para melhorar o acesso à média complexidade

Os gestores entrevistados citaram a necessidade de realizar a regulação destes serviços dentro do município, melhorar a qualidade da atenção básica e receber maior financiamento para estes serviços.

[...] A média complexidade também, ela tem uma, uma... uma realidade distorcida em função de muita coisa que poderia estar sendo atendida na atenção básica acaba não sendo atendida né, e principalmente, eu vejo também a dificuldade na regulação disso, né, em definição de linhas guias ou protocolos, pra a gente ter um dimensionamento real do que significa em termos da necessidade de oferta, né (G8).

Autores têm apontado que a institucionalização de ações mais articuladas, com rotinas definidas para o atendimento e encaminhamento dos usuários na rede pode impactar positivamente os resultados da acessibilidade (Cunha e Vieira-da-Silva, 2010).

[...] nós temos intenção de fazer com que a demanda se organize a partir da sua necessidade e não a partir da oferta. [...] nós achamos que, em vez de mandar os pacientes adiante para os especialistas, a gente poderia fazer um esforço de trazer o especialista à equipe de saúde da família e resolver junto, de modo a fazer uma transmissão de técnicas e conhecimentos e reduzir a demanda que é até inflacionada pelas equipes de saúde quando chegam numa população muito carenciada e que é colonizada pela idéia de fazer aquele exame, muitas vezes de uma forma até obsessiva (G7).

Os gestores compreendem que uma atenção primária resolutiva e organizada reduz a demanda por consultas e exames especializados, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários (Starfield, 2004; Franco e Magalhães Júnior, 2003).

[...] o que precisa é lá na atenção básica, na unidade de saúde, o paciente ser melhor avaliado, né, melhor examinado, né... na história do paciente, na anamnese mesmo. Então o que eu vejo que falta é realmente um atendimento de melhor qualidade na atenção básica, né, na unidade de saúde (G9).

Organizar os serviços de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação são necessários para equalizar a oferta de serviços. Assim como, a incorporação de tecnologias na atenção básica, na forma de equipamentos

ou de conhecimentos aplicados, amplia a resolutividade das unidades de saúde (Ferreira et al.,2010; Pires et al., 2010).

A formação de um Consórcio Metropolitano de Saúde também foi apontada como alternativa para amenizar a demanda reprimida na média complexidade.

- (i) [...] *a gente tem trabalhado bastante pra minimizar este problema através da instalação do consórcio (G3).*
- (ii) [...] *o consórcio no meu município será de grande valia (G5).*
- (iii) [...] *Eu ainda aposto no consórcio (G12).*

Tal necessidade foi amplamente discutida pelos gestores da região metropolitana e o aporte de recursos para viabilizar a sua implantação foi reivindicado junto ao governo do Estado. Considerando as necessidades da RMC, a Secretaria de Estado da Saúde firmou convênio para repasse de recursos de implantação e custeio do Consórcio Metropolitano do Paraná – COMESP, em julho de 2010.

3.5 Internações Hospitalares

Dificuldades várias, e algumas soluções, também foram apontadas pelos gestores nesta categoria. Contratos de serviços com hospital privado de um município limítrofe à capital - Campo Largo, difícil acesso por meio da Central de Leitos de Curitiba e hospitais próprios com baixa complexidade/resolutividade foram relatados.

- (i) [...] *quando eu necessito de um atendimento de média e alta, eu preciso acessar a Central de Leitos; que é um estresse que você também fica com uma dificuldade muito grande de conseguir essa vaga, esse leito, né, através da Central e por conta disso o município então tomou uma decisão política própria de manter um contrato com o Hospital de Campo Largo para também dar vazão a estes atendimentos de média complexidade e alta complexidade, principalmente com acesso a UTI geral e UTI neonatal (G3).*
- (ii) [...] *os atendimentos de urgência e emergência que são os mais complicados, que nós tivemos que procurar atendimento privado, pagar isso com recurso próprio, porque realmente o Estado não*

- consegue oferecer os atendimentos, é... uma retaguarda de leito pra urgência e emergência (G4).*
- (iii) *[...] O que fica fora da resolatividade do Hospital, ele é encaminhado via Central de Leitos de Curitiba que tem... nos atende assim... uns 60 a 70% se tem facilidade e tem uns 30% 40% desses pedidos que são muito difícil de conseguir, principalmente no paciente mais grave e aquele que precisa efetivamente de uma UTI (G15).*
- (iv) *[...] Hoje nós compramos serviços do Hospital Nossa senhora do Rocío (G12).*
- (v) *[...] Tem hospital, baixa complexidade, maternidade, é... (G9).*
- (vi) *[...] a questão de politrauma nós resolvemos como, porque todos os acidentados de BR o (Hospital) Angelina Caron não recebe... Ali teria que ser o SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência), que teria que fazer a coleta destes politraumatizados. Então nós verbalmente, via ofício, nós fechamos um acordo com o SIATE de São José dos Pinhais. (...) O nosso acordo foi simples, de que nós vamos fazer o atendimento deste paciente e eles indicam qual o hospital que nós devemos levar. Então esse acordo tem funcionado muito bem. Sabe, hoje então, graças a Deus, não precisamos ficar implorando atendimento, não ficamos na porta de hospital nenhum. Com esse acordo com o SIATE eles indicam é Cajuru, é HT para onde nós vamos levar o paciente e tem funcionado bem (G1).*
- (vii) *[...] pro sistema integral, (município polo) e região metropolitana, realmente ainda existe uma defasagem de leitos que precisa ser equacionada. Acho que isso é uma grande responsabilidade e um papel importante da Secretaria de Estado da Saúde em organizar toda essa atenção, pra que a gente possa ter o paciente atendido éh... no, na sua necessidade, né, no tempo certo, né, local certo com o custo certo (G16).*

O relato dos sujeitos evidencia a importância da conformação de redes de atenção à saúde, que são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde ligados entre si por um objetivo comum. Esta organização possibilita uma atenção à saúde contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e

de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (Mendes, 2010).

Para três gestores municipais, incluindo o município polo, os encaminhamentos hospitalares não constituem um problema, pelo fato de apresentarem estrutura hospitalar relativamente adequada tanto do ponto de vista da oferta quanto da resolutividade.

3.6 Saúde Bucal

Atender a demanda por saúde bucal existente na atenção básica é um problema para a maioria dos municípios.

- (i) [...] *temos poucos profissionais, não temos a estrutura necessária. (...) mesmo nas primeiras consultas odontológicas nós não temos atingido. Temos três profissionais de vinte horas de odontologia que realmente não é suficiente para, para a nossa comunidade (G1).*
- (ii) [...] *E aí nós deixamos um espaço, não... eu diria até insuficiente, que é um dia por semana só pra os adultos, pra uma emergência, pra uma necessidade de que a pessoa tenha (G11)*
- (iii) [...] *não é um trabalho que absorva toda a demanda, não (G10).*

Observou-se, como no estudo de Leal e Tomita (2006), que os gestores têm a percepção do acesso escasso e desigual.

Também identificou-se que a atenção à saúde bucal ocorre de forma não organizada, com pouco acesso ainda centrada nos programas remanescentes de saúde do escolar. A baixa efetividade deste sistema é observada nas filas de espera (Leal e Tomita, 2006)

A atenção de média complexidade na saúde bucal é oferecida por poucos municípios.

- (i) [...] *Na parte de saúde bucal o único problema que eu tenho hoje é pra fazer um tratamento de canal (G6).*

- (ii) [...] nós tentamos encaminhar às vezes para um sistema privado e daí a pessoa, às vezes, acaba pagando para receber esse atendimento de média complexidade em odontologia (G1).
- (iii) [...] a gente tem um serviço credenciado, nós pagamos pra dar conta disso (G9).

Da mesma que o gestor não consegue prover os cuidados primários em saúde bucal, a referência a um serviço de maior complexidade torna-se mais difícil.

Considera-se a necessidade dos gestores estruturarem e organizarem a saúde bucal, fundamentada no planejamento de ações, para ampliar o acesso e garantir a continuidade do tratamento.

3.7 Articulação Política

Observou-se uma confiança dos secretários na atuação do Colegiado de Gestão Regional, que é o Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS).

- (i) [...] *Eu acho que o CRESEMS hoje nunca foi tão atuante como está sendo nesse momento. Eu vejo assim com bastante otimismo e parece-me que ele achou um objetivo mais definido e conseguiu reunir os municípios em torno de um objetivo comum, né* (G15).
- (ii) [...] *Eu acho que nós temos discutido muito bem no CRESEMS, melhorou muito. Ficou uma época que o CRESEMS meio esquecido, mas agora reestruturou o CRESEMS, tá. Tá surtindo resultado nossas reuniões* (G13).
- (iii) [...] *é uma das poucas vezes que secretários fazem parte do CRESEMS, são na sua grande maioria técnicos, pessoas que tem entendimento* (G2).
- (iv) [...] *Mas é a primeira vez que eu vi uma união, o que eu tô falando é a respeito dos secretários, se reunir, trocar ideia, você fazer um... fazer uma frente junto ao governo, conversar, botar o governo pra sentar pra nos escutar, coisa que nunca fizeram, você entendeu?* (G10).
- (v) [...] *eu acho que o colegiado de gestão já tá bem fortalecido né?! Dentro da... da região metropolitana. Eu acho que é um instrumento extremamente importante até pra que isso se consiga né?! uma... uma homogeneização do processo de gestão* (G8).

- (vi) [...] *As gestões anteriores que participei não faziam diferença se existiam ou não. (...) podia ser muito melhor, principalmente na minha região, do Vale do Ribeira, lá... A maioria dos sete municípios, eu diria que XXX é o único que participa efetivamente – dos sete. E é a região que mais precisa de ajuda, mas eles não participam (G1).*
- (vii) [...] *um espaço de gestores municipais que realmente se reúnem pra pactuar, para verificar todas as questões e necessidades das populações de diversos municípios, ver as potencialidades que existem e com isso achar soluções que possam ser compartilhadas, né, é superimportante (G16).*

Apenas um secretário relatou descontentamento com a atuação do Colegiado de Gestão Regional.

Hartz e Contandriopoulos (2004) discorrem sobre a importância da integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Os autores citam que é necessário desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

CONCLUSÃO

Considerando a percepção dos gestores, a análise demonstrou que os municípios se encontram em diferentes estágios de estruturação da atenção básica. Dois grupos distintos apresentaram-se, com acentuadas diferenças em termos de recursos financeiros, trazendo implicações sobre a governabilidade do projeto de governo da respectiva secretaria, bem como poder nas relações de gestão da RMC.

Embora haja insuficiência de recursos, percebe-se uma busca dos gestores para melhorar a atenção básica, buscando-se mais qualidade e quantidade dos serviços de saúde, numa estratégia de melhoria da estrutura já existente. Por outro lado, em municípios onde há mais acesso ao financiamento do setor saúde, procura-

se aprimorar o processo de trabalho para oferecer serviços mais resolutivos à população.

A Estratégia Saúde da Família foi citada pela maioria como forma de organização da atenção básica e oferta de serviços mais resolutivos. Entretanto, a rotatividade de médicos foi apontada como grande problema enfrentado pelos municípios e gestores, que veem tal fato como prejudicial ao fortalecimento da Estratégia, e também, do vínculo com a comunidade. Isto impacta negativamente na resolutividade dos serviços, e promove o agravamento da questão do financiamento das ações de saúde, por demandar novas ações e redundância de procedimentos, desperdiçando grande parte dos recursos financeiros.

Outra preocupação dos secretários municipais é a pressão exercida pela demanda por consultas médicas e a desvalorização das ações desenvolvidas pelo restante da equipe, fato que em certa medida, também fragiliza o processo de implantação, não apenas da Estratégia de Saúde da Família, mas dos conceitos de Atenção Primária e de prevenção e promoção da saúde por meio de equipes multiprofissionais.

O acesso da população aos serviços de média complexidade foi relatado como problema para a maioria dos gestores, principalmente pela falta de continuidade na linha de cuidado. O difícil acesso ao sistema de marcação de consultas e exames especializados e a distância entre os municípios e a capital foram apontados como agravantes para o acesso a esses serviços.

Frente a esta situação, os gestores entendem que é necessário melhorar a qualidade das ações de atenção primária, fazer a regulação dos serviços de média complexidade, receber maior financiamento e a implantação de um Consórcio Metropolitano de Saúde.

Quanto às internações hospitalares, uma parcela dos gestores buscou convênio com um hospital privado devido à baixa resolutividade dos hospitais próprios e o difícil acesso via Central de Leitos de Curitiba. O difícil encaminhamento de pacientes para leitos de UTI geral ou UTI neonatal, foi o motivodecisivo, alegado pelos gestores para este processo.

Quanto à saúde bucal, observou-se que os municípios ainda não conseguem responder nem às demandas na atenção básica, quanto mais na média complexidade.

Finalmente, identificou-se uma articulação e integração importante dos municípios da região metropolitana no sentido de resolver estas questões, tanto que no mês de julho de 2010 a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizou recursos para a viabilização do Consórcio.

Entende-se como necessária a regionalização dos serviços de média complexidade, e em alguns casos, até mesmo a microrregionalização, uma vez que se trata de uma área de abrangência tão grande quanto as diferenças entre as realidades de alguns municípios aqui estudados. Neste último aspecto, é indispensável ressaltar não apenas as distâncias rodoviárias e obstáculos naturais entre os municípios, mas também as discrepâncias econômicas, de desenvolvimento social e diferenças culturais que, mesmo num espaço geográfico comum, não passaram despercebidas.

Colaboradores

Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera participou da concepção teórica, elaborou a versão inicial e final do texto; Samuel Jorge Moysés participou da concepção teórica, revisou e trabalhou na versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, R.; IANNI, A.M.Z.; ALVES, O.S.F., MONTEIRO, P.H.N.; FERRARI, F.; CAPORRINO, B.W. Acesso e estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista. In: ESCUDER, M.M.L.; MONTEIRO, P.H.N.; PUPO, L.R. (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p. 29-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Especializada em Saúde no Brasil:** Indicadores e Tabelas Seleccionados. Brasília - DF, 2004.

CERQUEIRA, M.B.; PUPO, L.R. Modos de vida e acesso em duas favelas da Baixada Santista. In: ESCUDER, M.M.L.; MONTEIRO, P.H.N.; PUPO, L.R. (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p. 193-214.

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**, v.26, n.4,p.725-737, 2010.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University Press, 2003.

FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.345-358. 2010.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MEHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. P.125-133.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S3331-S3336, 2004.

LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.155-160, 2006.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 1, p.1521-1531, 2010.

MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, 2010.

MENDES, V. E. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, L.H.D.; MATTOS, R.A.D.; SOUZA, A.I.S.D. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados em Saúde. Genebra: OMS, 1978.

PIRES, M.R.G.M. et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva** v.15, supl.1, p. 1009-19, 2010.

SARMENTO, K.M.A.; TOMITA, S.;KOS, A.O.A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. Bras. Otorrinolarigol.**,v.71, n.3, p.256-262, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, p.98-112, São Paulo, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, suppl.2,pp. S190-S198, 2004.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis**, n.96, ago 2010. Disponível em: <www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.

WALTER, B.M.; CARRIEL, P. **Um quebra-cabeça que não se encaixa.** Gazeta do Povo, Curitiba, 05 de abr. 2009, p.04.

IV. CONCLUSÕES GERAIS

Este estudo revelou marcantes iniquidades socioespaciais na RMC, evidenciando uma relação direta entre o aumento da distância geográfica da capital com a piora das condições de vida e situação de saúde, assim como o aumento das dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Essas dificuldades foram evidenciadas tanto na atenção primária quanto na média complexidade. Os problemas acarretados pelo transtorno da ausência de médicos ou da impossibilidade de mantê-los por períodos de tempo que resultem em vínculo com a população, nos municípios mais distantes da capital, comprometem o acesso e a qualidade atenção primária. Para a média complexidade, as barreiras ao acesso vão desde a obtenção da consulta até o transporte ao prestador de serviços, sem deixar de mencionar as estradas entre os municípios.

A capacidade instalada e demanda encaminhada apresentaram diferenças marcantes no acesso às consultas e exames especializados. As iniquidades no acesso à média complexidade, observadas pela demanda reprimida das consultas e exames especializados e confirmadas pelo discurso dos gestores, revelaram maior dificuldade para os municípios localizados no Vale do Ribeira.

Para a solução destas questões, os gestores entendem que é necessário qualificar as ações da atenção primária, realizar a regulação dos serviços de média complexidade, melhorar o aporte de recursos federais/estaduais e efetivar a implantação de um Consórcio Metropolitano de Saúde. Quanto a este último aspecto, evidenciou-se uma articulação e integração importante dos municípios da região metropolitana no sentido de resolver estas questões, tanto que no mês de julho de 2010 a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizou recursos para a viabilização do Consórcio.

REFERÊNCIAS

BALDANI, M.H.; ALMEIDA, E.S.D.; ANTUNES, J.L.F. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p.446-454, 2009.

BARBOZA, R.; IANNI, A.M.Z.; ALVES, O.S.F., MONTEIRO, P.H.N.; FERRARI, F.; CAPORRINO, B.W. Acesso e estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista. In: ESCUDER, M.M.L.; MONTEIRO, P.H.N.; PUPO, L.R. (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p. 29-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Especializada em Saúde no Brasil: Indicadores e Tabelas Seleccionados**. Brasília - DF, 2004.

CÂMARA, G. CARVALHO, M.S. Análise espacial na definição de políticas públicas em aglomerados urbanos. In: RASSI NETO, Elias; BÓGUS, Cláudia Maria. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, p.137-153.

CARVALHO, B.G., MARTIN, G.B.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Mafei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JÚNIOR, Luiz. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001, p.27-59.

CERQUEIRA, M.B.; PUPO, L.R. Modos de vida e acesso em duas favelas da Baixada Santista. In: ESCUDER, M.M.L.; MONTEIRO, P.H.N.; PUPO, L.R. (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p. 193-214.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 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**, v.26, n.4, p.725-737, 2007.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DUBALE, T. MARIAM, D.H. **Determinants of conventional health service utilization among pastoralists in northeast Ethiopia**. *Ethiop. J. Health Dev.* v. 21, n.4, P.142-47, 2007.

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A.P., FARIA, A.A.D., RODRIGUES NETO, J.F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.6, p.928-936, 2009.

FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.345-358. 2010.

FIGUEIREDO FILHO, D.B.; SILVA JÚNIOR, J.A.D. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin Pública**, v.16, n.1, p.160-185, 2010.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MEHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, p. 2003.

GROSTEIN, M.D. MetrÓpole e expansão urbana: a persistência de processos “insustentáveis”. **São Paulo Perspect**, vol.15, nº.1, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n1/8585.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2010.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S3331-S3336, 2004.

ISHITANI, L.H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.684-691, 2006 .

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D.W. **Applied multivariate statistical analysis**. 2 ed. New Jersey: Prentice Hall International, 1988.

LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.155-160, 2006.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARANO, A.A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006.

MARINHO, A; CARDOSO, S.S. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. **Econ. Apl.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, Dec. 2007 .

MARTINS, R.L. **Impacto da produção ambulatorial da atenção básica sobre a média complexidade (SUS) entre 1998 e 2002**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 1, p.1521-1531, 2010.

MENDES, V. E. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. Diferentes abordagens dos estudos epidemiológicos – do individual ao ecológico. IN: ANTUNES, José Leopoldo FerreiraL; PERES, M. A. (Edit.). **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.269-278.

OLIVEIRA, L.H.D.; MATTOS, R.A.D.; SOUZA, A.I.S.D. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.5, p.1929-1938. 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores de Saúde**. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/vig_epidemiolog/indicadores_saude/Estado_Parana.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2010.

PIRES, M.R.G.M. et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva** 15: 1009-1019, 2010.

POCHMANN, M.; AMORIN, R. (Org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; 2003.

RIBEIRO, M.C.S.A. et al . Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006 .

ROESE, A. **Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.

ROSA, T.E.C. et al. Integralidade da Atenção Às Doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: O Papel da Regionalização do Sistema Único de Saúde há Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12 , n. 2,p. 158-171, jun.2009.

SARMENTO JÚNIOR, K.M.A.; TOMITA, S.; KOS, A.O.A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. Bras. Otorrinolarigol.**,v.71, n.3, p.256-262, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

SZUCHMAN, T. **Diferenças intra-regionais e a gestão da Região Metropolitana de Curitiba**. 2007. 155p. Dissertação (Mestrado em Gestão Urbana). Pontifícia Universidade Católica – PUCPR, Curitiba.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, suppl.1,p.98-112, 2008 .

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.D.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.975-986, 2006.

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

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis**, n.96, p.12-19, ago 2010. Disponível em: <www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.

WALTER, B.M.; CARRIEL, P. **Um quebra-cabeça que não se encaixa**. Gazeta do Povo, Curitiba, 05 de abr. 2009, p.04.

WHO. World Health Organization. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata: UNICEF, 1978.

WONG, M.; CHAU, P.H.; WOO, J. **A geographical study of health services utilization among elderly in Hong Kong**: from spatial variations to health care implications. *Health Services Insights*, v.2, p.1-13, 2009.

APÊNDICES

ASSISTÊNCIA À SAÚDE					
MUNICÍPIO	COBERTURA ESF	Nº CLÍNICOS- GERAIS SUS/ 1000 HAB	Nº Cirurgiões- dentistas SUS/ 1000 HAB	CEO	COBERTURA VACINAL PARA TETRAVALENTE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

MUNICÍPIO	Despesa total em saúde per capita	Recursos próprios gastos com saúde	Transf federais hab/ano
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados dos serviços de média complexidade.

FORMULÁRIO – ATENÇÃO À MÉDIA COMPLEXIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Instruções para o preenchimento:

Campo “**Capacidade Instalada**”: preencher com o número de consultas ou exames ofertados pelo serviço público municipal por meio de serviços próprios ou contratados, no ano de 2008. Se não possuir a especialidade, colocar o número zero (0).

Campo “**Demanda Encaminhada**”: completar com o número de consultas ou exames agendados por meio da Central de Marcação de Consultas, no ano de 2008. A especialidade que não foi agendada, colocar o número zero (0).

Campo “**Demanda Reprimida**”: colocar o número de pessoas que aguardam em fila de espera para cada especialidade ou exame atualmente (2010). Se não houver demanda reprimida para a especialidade, colocar o número zero (0).

MUNICÍPIO: _____			
ESPECIALIDADE MÉDICA	CAPACIDADE INSTALADA 2008	DEMANDA ENCAMINHADA 2008	DEMANADA REPRIMIDA 2010
CARDIOLOGIA			
CIRURGIA GERAL			
CIRURGIA VASCULAR			
ENDOCRINOLOGIA			
GASTROENTEROLOGIA			
OBSTETRÍCIA/RISCO			
NEFROLOGIA			
NEUROLOGIA			
ODONTOLOGIA/CIRUTGIA BUCO- MAXILO FACIAL			
OFTALMOLOGIA			
ORTOPEDIA			
OTORRINOLARINGOLOGIA			
UROLOGIA			

EXAME	CAPACIDADE INSTALADA 2008	DEMANDA ENCAMINHADA 2008	DEMANADA REPRIMIDA 2010
ULTRASSONOGRRAFIA			
ENDOSCOPIA			
RADIOLOGIA			

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista aos gestores.

Preparo:

- ✓ Testar o gravador no local da entrevista para evitar interferências.
- ✓ Fazer as apresentações e imediatamente passar à leitura do TCLE explicando os objetivos da coleta de dados.

Caracterização:

1. Identificação:

Código: _____

Sexo: M () F ()

Idade: _____

Tempo de exercício na função: _____

Formação (escolaridade e profissão): _____

Vínculo com a instituição: Cargo comissionado () Servidor público ()

Sobre a atenção básica:

- Você poderia descrever o atendimento na atenção básica do seu município, relatando os avanços e as dificuldades encontradas?

Sobre a atenção à média complexidade:

- Quais as principais dificuldades enfrentadas pela administração em relação às consultas e exames especializados?
- O município tem hospital? Como são encaminhados os pacientes?
- Quais as medidas necessárias para melhorar o acesso da população aos serviços de média complexidade no seu município?
- Em relação à saúde bucal, como são encaminhados os usuários que necessitam de atenção especializada?
- Participação no Colegiado de Gestão Regional.

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

(nome) _____,

nacionalidade: _____, **idade** _____, **estado**

civil _____,

profissão _____, **endereço** _____

_____ **RG** _____, estou sendo convidado a participar da pesquisa: **“Atenção à média complexidade na Região Metropolitana de Curitiba”**, que tem o objetivo de identificar as desigualdades sociais na saúde evidenciados pelo acesso dos usuários.

A minha participação no referido estudo será como entrevistado, respondendo 5 perguntas abertas sobre o tema. Tenho ciência que a entrevista será gravada por gravador de voz.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar possíveis benefícios, como: ter acesso aos seus resultados e poder utilizá-los como instrumento de reflexão e planejamento de ações na secretaria de saúde sob minha gestão.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários de que não há riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são **Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera** (pesquisadora principal) **Prof^a Dra. Beatriz Sottile França** (orientadora) e com eles poderei manter contato pelos telefones 9964-4111 e 9185-0028.

Estou ciente de que me será assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro . De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para nep@pucpr.br.

Curitiba, ... de setembro de 2009.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Profª Dra. Beatriz Sottile França

Sandra Lúcia V. U. Aguilera

Apêndice E - Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, SANDRA LÚCIA VIEIRA ULINSKI AGUILERA, abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título: “**Atenção à média complexidade na região metropolitana de Curitiba.**”, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos da Central de Marcação de Consultas e Exames da Secretaria Municipal de Saúde, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a consultas e exames agendados através da Central de Marcação ocorridos entre as datas de: janeiro de 2008 a dezembro de 2008 e a lista de espera para tais consultas e exames em 2009.

Curitiba, ____ de _____ de 2009.

Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera

RG: 5.225.734-4

Apêndice F – Tabelas referentes à análise fatorial.

Tabela 8 – Comunalidade e variância específica, de acordo com as 30 variáveis.

	<i>Extraction</i>
POPULAÇÃO	0,8686966
DISTÂNCIA	0,79063739
GRAU DE URB.	0,803396
IDH	0,93328839
IDI	0,90884046
ÍNDICE DE GINI	0,82184767
INDICE DE EXCLUSÃO SOCIAL	0,96075003
ACESSO À REDE DE ESGOTO	0,86052917
ACESSO À COLETA DE LIXO	0,86119806
ACESSO À REDE DE ÁGUA	0,9038265
INDICE DE ESCOLARIDADE	0,95853042
TAXA DE PESSOAS ANALFABETAS	0,89614367
ÍNDICE DE EMPREGO FORMAL	0,84999182
INDICE DE POBREZA	0,92673834
COEFICIENTE MORTALIDADE MATERNA	0,74062685
COEFICIENTE MORTALIDADE INFANTIL	0,86730298
TAXA DE INTERNAÇÃO POR GASTROENTERITE	0,82323085
TAXA DE INTERNAÇÃO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	0,9211123
TX INTERNAÇÃO POR AVC	0,76539797
TX INTERNAÇÃO POR HIPERTENSÃO	0,9028759
TX INTERNAÇÃO POR DIABETES	0,92201193
TAXA INTERNAÇÃO SUS	0,86985444
MÉDIA DE CONSULTAS NA ATENÇÃO BÁSICA	0,84665895
COBERTURA ESF	0,89683321
MEDICOS/1000 HAB	0,91084532
CIRURGIÕES DENTISTAS/SUS/1000HAB	0,85511965
COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE	0,84843238
DESPESA TOTAL EM SAÚDE PER CAPITA	0,80807969
% RECURSOS PRÓPRIOS GASTOS COM SAÚDE	0,7689451
TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS HAB/ANO	0,85819727

Método de extração: Análise por Componentes Principais.

Tabela 9 – Autovalores e percentagens da variância explicada pelos fatores comuns.

Fator	Total	Variância(%)	Variância Acumulada (%)
1	10,75026343	35,8342114	35,83421145
2	3,559045058	11,8634835	47,69769497
3	2,389329279	7,96443093	55,6621259
4	2,265133482	7,55044494	63,21257084
5	1,77135989	5,90453297	69,11710381
6	1,596916982	5,32305661	74,44016042

Método de extração: Análise por Componentes Principais.

Tabela 10 – Escores fatoriais, de acordo com os municípios da RMC.

MUNICÍPIO	FAC1_1	FAC2_1	FAC3_1	FAC4_1	FAC5_1	FAC6_1	FAC7_1	FAC8_1	FAC9_1
DOUTOR ULYSSES	-2,39738	0,57884	0,33832	-0,27193	0,00119	-0,98783	1,07498	-1,52749	-0,07837
CERRO AZUL	-1,88076	0,47388	-1,70183	-0,98995	0,60217	-0,16781	0,18570	-1,12692	0,57566
QUITANDINHA	-0,76712	-0,27812	1,29697	-1,04189	0,26706	-0,41673	-3,28735	0,17373	0,17683
TIJUCAS DO SUL	-0,31074	0,19250	0,56011	-0,21919	-0,42681	-1,92243	-1,66036	0,16388	-0,43488
ITAPERUÇU	-0,29865	-0,26349	0,16539	0,34907	-4,23216	-0,02406	0,99532	0,05847	-0,07535
AGUDOS DO SUL	-0,90103	-0,44399	-0,60487	0,71792	0,67988	-0,67110	1,09777	0,19775	-0,66636
TUNAS DO PARANÁ	-1,18309	-0,60281	0,45913	-0,58843	0,05119	0,96602	0,46736	1,75645	0,63644
CONTENDA ALMIRANTE TAMANDARÉ	-0,18094	0,30895	-0,12258	0,32918	0,35157	-1,18097	-0,18604	0,47546	-0,76414
RIO BRANCO DO SUL	0,47664	-0,46058	-0,92275	-0,32451	-0,12049	0,72294	-0,24213	-1,03284	-1,56951
BALSA NOVA	-0,29026	-0,42524	0,40786	0,77685	-0,37262	-0,15807	-0,27939	0,93018	-0,58620
ADRIANÓPOLIS FAZENDA RIO GRANDE	0,12354	-0,56742	-0,12785	-0,33864	0,57620	-1,67470	0,78341	0,58566	-0,69968
CAMPO MAGRO	-1,37117	-0,46367	2,79237	-0,21375	0,50816	2,21517	0,98703	0,30327	0,12867
LAPA	0,65077	-0,96688	-1,14956	-1,07242	0,28672	0,22124	0,52468	-0,55123	-0,17903
PIRAQUARA CAMPINA GRANDE DO SUL	0,13738	-0,08423	-0,65589	-0,95540	0,59380	0,08848	0,34288	1,00339	-0,56531
BOCAIÚVA DO SUL	-0,27776	0,08076	-0,45487	1,34514	0,95261	0,06368	-0,11195	-1,40222	1,45677
CAMPO LARGO	0,51824	-0,88171	0,46102	0,64022	-0,35567	0,61910	-1,66488	-1,05888	0,21541
COLOMBO	0,37955	0,73467	-1,03035	-1,22419	-0,92900	0,65050	-0,36016	-0,08523	1,39579
MANDIRITUBA SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	-0,36393	1,63141	-2,00771	0,85596	-0,14923	2,22140	-1,16612	1,10063	0,28715
QUATRO BARRAS	0,87058	-0,14213	-0,40956	-0,45198	-0,77913	-0,52761	-0,04446	1,20577	-0,95645
PINHAIS	0,86605	-0,37693	0,21533	-0,22788	-0,11368	0,74642	0,07806	-1,62518	-1,03357
ARAUCÁRIA	-0,07555	-0,02523	-0,22998	3,49808	0,44989	-0,45426	-0,01843	0,98887	0,26187
CURITIBA	1,12639	0,04647	-0,02158	-0,14948	0,85026	0,29783	0,38774	0,08803	-1,05398
	1,33552	-1,26309	0,03386	-0,49109	0,07775	-1,10819	0,61422	0,41715	3,44250
	1,34369	-0,70137	0,77349	1,00428	0,07213	0,46781	0,19202	-1,83549	0,00597
	1,19365	-0,03631	0,44853	-0,71900	1,10792	0,60203	0,61987	1,12683	-0,20797
	1,27637	3,93571	1,48700	-0,23696	0,05028	-0,58886	0,67021	-0,33002	0,28776

Apêndice G – Capacidade instalada, demanda encaminhada e demanda reprimida dos exames selecionados.

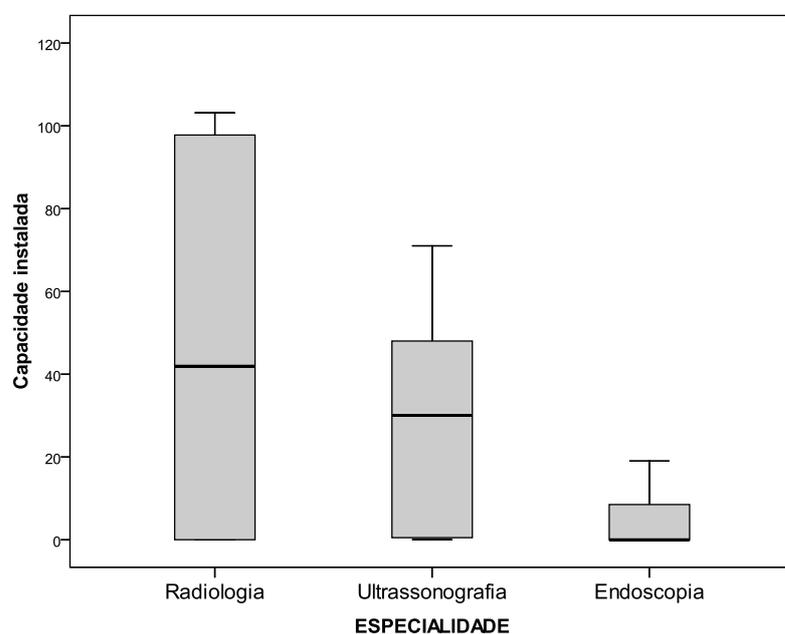


Figura 10 – Capacidade instalada dos exames selecionados dos municípios da RMC, no ano de 2008.

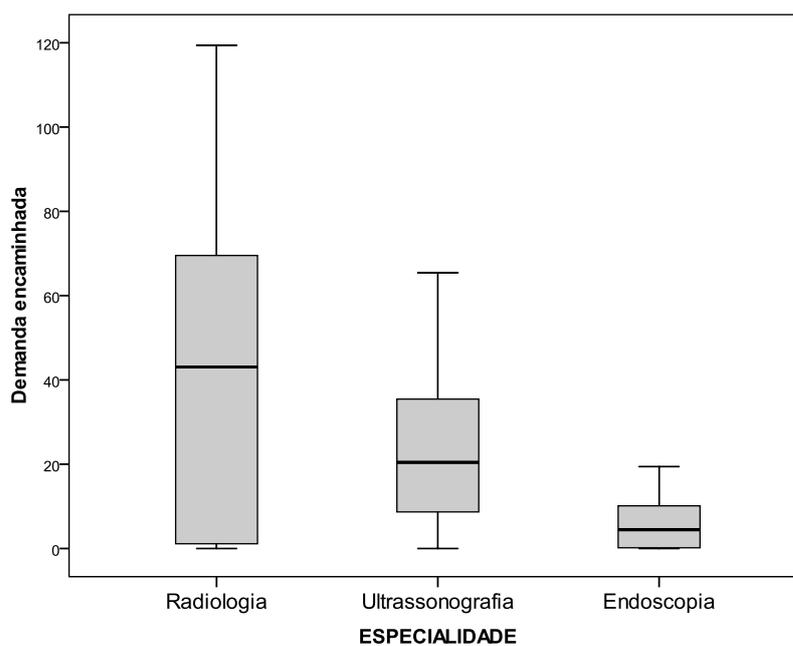


Figura 11 – Demanda encaminhada dos exames selecionados dos municípios da RMC, no ano de 2008.

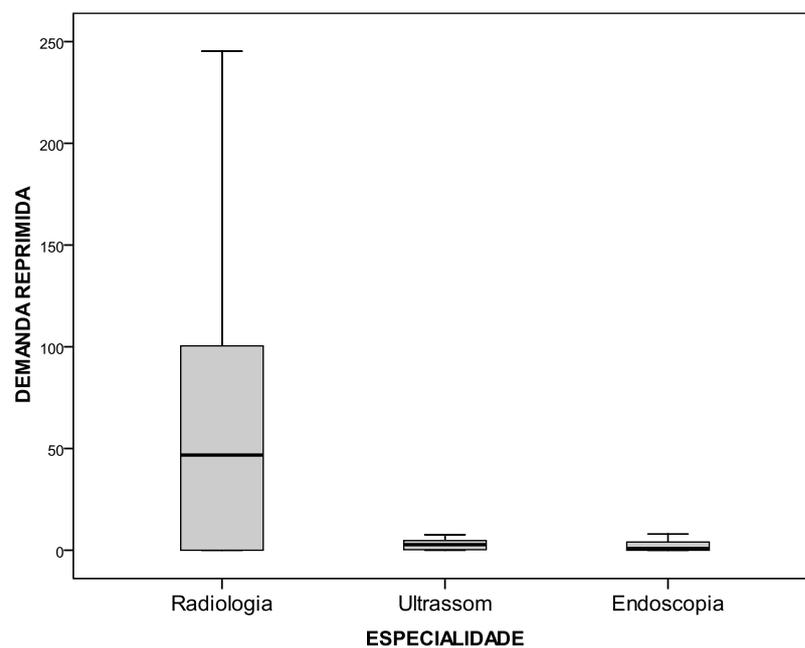


Figura 12 - Demanda reprimida dos exames selecionados dos municípios da RMC, no ano de 2008.

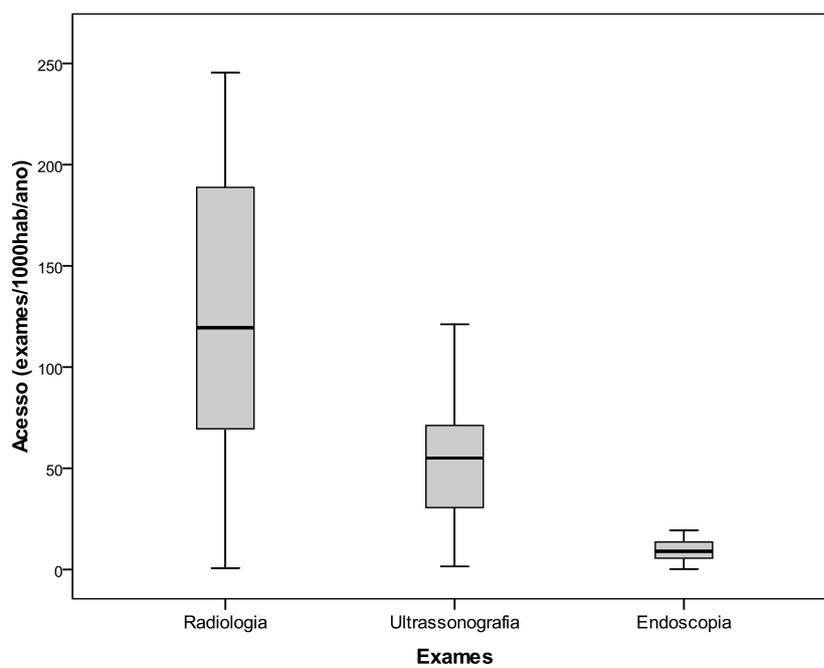


Figura 13 – Acesso aos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008.

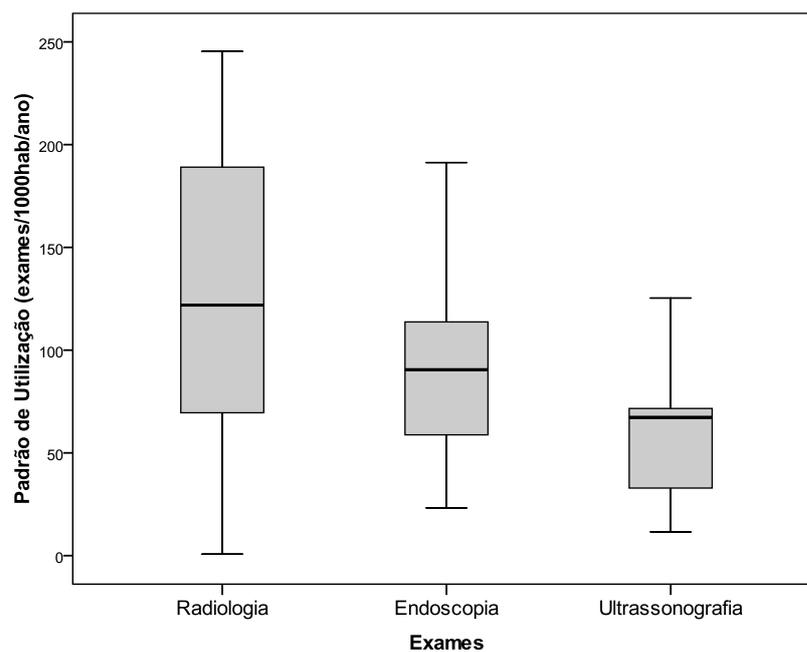


Figura 14 - Padrão de utilização dos exames selecionados nos municípios da RMC, no ano de 2008.

Apêndice H – Detalhamento metodológico da abordagem qualitativa.

Foram convidados a participar deste estudo, 26 secretários municipais de saúde. Destes, cinco não aceitaram participar e houve dificuldade de agenda com os outros cinco. Integraram a pesquisa dezesseis gestores municipais e 1 gestor estadual. Quanto à localização geográfica, o conjunto de gestores entrevistados representou todas as microrregiões e também contemplou o critério de porte populacional. O gestor estadual foi escolhido para se obter uma visão global desta região (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos participantes, de acordo com o porte populacional.

Porte Populacional	Nº de Municípios
< 20.000 habitantes	8
20.001 a 50.000 habitantes	2
50.001 a 100.000 habitantes	2
100.001 a 300.000 habitantes	3
> 300.001 habitantes	1
TOTAL	16

Parte das entrevistas foi realizada nos municípios de atuação dos gestores, enquanto outras se deram após reuniões de instâncias colegiadas. Estas foram conduzidas pela pesquisadora, por um roteiro semi-estruturado, e versaram sobre a atenção básica, a média complexidade, internações hospitalares e articulação política dos gestores. Os relatos foram armazenados em gravador digital.

Com a finalidade de constituir uma relação de confiança entre entrevistadora e entrevistado, inicialmente a pesquisadora apresentou-se mencionando o interesse e os motivos da pesquisa. Garantiu-se o sigilo sobre a autoria das respostas e realizou-se uma *conversa inicial* com o objetivo de deixar o entrevistado descontraído.

Na sequência, procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado por todos os participantes.

A análise do material seguiu os passos propostos por Minayo (2006):

1. Ordenação de dados: nesta etapa foram transcritos os arquivos de áudio, realizada a releitura do material e a organização inicial dos relatos.
2. Classificação dos dados: foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos e foram constituídos “Corpus” de comunicações. Nesse momento, as “unidades de registro” foram referenciadas por temas, de acordo com os objetivos da pesquisa.
3. Análise final buscou estabelecer algumas articulações entre os dados e os referenciais teóricos.

ANEXOS

Anexo A – Definição dos indicadores utilizados.

- 1. População total:** número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).
- 2. Grau de Urbanização:** percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).
- 3. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M):** é obtido pela média aritmética de três subíndices, referentes a longevidade, educação e renda.
- 4. Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI):** foi desenvolvido pela UNICEF com o intuito de contribuir para o desenvolvimento humano das crianças e dos adolescentes, procurando incorporar algumas dimensões do conceito do desenvolvimento infantil e elementos do enfoque de direitos humanos contidos na doutrina da proteção integral da Convenção sobre os Direitos da Criança, e do Estatuto da Criança e do Adolescente. Dessa forma, ainda que as limitações enfrentadas para o IDI sejam similares às apontadas para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o índice sintetiza o grau de desenvolvimento infantil a partir dos indicadores: percentual de crianças com mães e pais com escolaridade precária; coberturas de vacinação (sarampo e DTP); percentual de gestantes com cobertura pré-natal adequada; percentual de crianças matriculadas em creches. O IDI varia de 0 a 1: quanto mais perto do 1 mais condições a criança tem de sobreviver, crescer e se desenvolver durante a primeira infância. Sua utilização é de grande relevância para a formulação e o monitoramento de políticas públicas orientadas à infância.
- 5. Índice de Exclusão Social:** é calculado a partir do padrão digno de vida (taxa de pobreza, emprego formal e desigualdade de renda), conhecimento (taxa de alfabetização e anos médios de estudo do chefe do domicílio) e risco juvenil (percentual de jovens na população e número de homicídios por mil habitantes. Quanto menor o índice, pior a condição(1).

6. **Índice de Gini:** mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula) (IPARDES, 2009)..
7. **Índice de Pobreza:** percentual de chefes de família pobres no município (1).
8. **Índice de Emprego Formal:** percentual de trabalhadores com emprego sobre a população em idade ativa (1) .
9. **Taxa de Analfabetismo:** percentual de pessoas com 15 anos ou mais analfabetas (PNUD, 2000).
10. **Índice de Escolaridade:** é calculado pelo número médio de anos de estudo do chefe de domicílio(1).
11. **População com acesso a abastecimento de água:** percentual da população com acesso a água encanada (PNUD, 2000).
12. **População com acesso a coleta de lixo:** percentual da população com acesso a coleta de lixo (PNUD, 2000).
13. **População com acesso a rede de esgoto:** percentual da população com acesso a rede de esgoto (PNUD, 2000).
14. **Coeficiente de Mortalidade Infantil:** número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).
15. **Coeficiente de Mortalidade Materna:** número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).

Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna X100.000

Nº de nascidos vivos de mães residentes

- 16. Taxa de internação por diarreia e gastroenterites por infecção de origem presumível:** percentual de internações pelo agravo referido em relação ao total de internamentos por local de residência (REDE, 2008).
- 17. Taxa de internação por insuficiência cardíaca:** percentual de internações pelo agravo referido em relação ao total de internamentos por local de residência (REDE, 2008).
- 18. Taxa de internação por diabetes:** percentual de internações pelo agravo referido em relação ao total de internamentos por local de residência (REDE, 2008).
- 19. Taxa de internação por hipertensão:** percentual de internações pelo agravo referido em relação ao total de internamentos por local de residência (REDE, 2008).
- 20. Taxa de internação (SUS) por habitante:** número médio de internações hospitalares pelo Sistema Único Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).
- 21. Cobertura da Estratégia Saúde da Família:** percentual da população coberta por equipe de Saúde da Família.
- 22. Número de consultas na atenção básica:** número de consultas por habitante, no ano considerado.
- 23. Número de clínicos-gerais SUS/habitante:** número de clínicos em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).
- 24. Número de cirurgiões-dentistas SUS/habitante:** número de profissionais em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).

- 25. Cobertura vacinal por tetravalente:** percentual de crianças imunizadas com tetravalente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE, 2008).
- 26. Despesa Total com Saúde per capita:** total de gastos com saúde por habitante/ano (REDE, 2008).
- 27. Recursos próprios gastos com saúde:** percentual de recursos próprios investidos na saúde.
- 28. Transferências federais por habitante/ano:** total de recursos federais repassados ao município por habitante/ano.

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-PR.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0003278/09**

Protocolo CEP Nº **5281**

Título do projeto **Atenção à média complexidade na região metropolitana de Curitiba**

Grupo **III**

Versão **1**

Protocolo CONEP **0406.0.084.000-09**

Pesquisador responsável **Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera**

Instituição

Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

•Identificar e analisar iniquidades no acesso a assistência de média complexidade nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar a demanda de consultas e exames especializados oferecidos e encaminhados pelos municípios da RMC.
- Quantificar a demanda reprimida de consultas e exames especializados destes municípios.
- Analisar o perfil epidemiológico dos municípios envolvidos.
- Compreender a percepção do gestor em relação às dificuldades no acesso aos serviços de maior complexidade.

Comentários e considerações

Iniciar-se-á o estudo pelo exame do perfil sócio-econômico e epidemiológico dos 29 municípios da região metropolitana de Curitiba; em seguida, será examinado o acesso dos usuários aos serviços de média complexidade e levantadas a capacidade instalada, a demanda assistida ou encaminhada, e a demanda reprimida; e posteriormente pretende-se avaliar a percepção dos gestores, estadual e municipais, em relação ao problema apresentado, por meio de análise qualitativa de entrevistas realizadas com os mesmos.

Bancos de dados oficiais serão utilizados para este fim: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS) e Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Os dados coletados serão registrados em fichas próprias (APÊNDICE A; APÊNDICE B; APÊNDICE C).

Na segunda fase serão verificadas: a capacidade instalada, demanda encaminhada e demanda reprimida dos principais serviços de MC. Estas informações serão coletadas diretamente nas secretarias municipais de saúde (SMS) dos 29 municípios, por meio de fichas próprias (APÊNDICE D).



Parecer Nº **0003278/09**Protocolo CEP Nº **5281**Título do projeto **Atenção à média complexidade na região metropolitana de Curitiba**Grupo **III**Versão **1**Protocolo CONEP **0406.0.084.000-09**
InstituiçãoPesquisador responsável **Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera**

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

Adequado, atende as normas vigentes.

A pesquisadora autorizada a acessar o banco de dados é: SANDRA LÚCIA VIEIRA ULINSKI AGUILERA

ConclusõesPesquisa bem definida com grande relevância científica.
Aprovado sob o quesito ético.Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **16/09/2009**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 16 de Setembro de 2009.


Prof. Dr. Sergio Surugi de Siqueira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR

Anexo E – Normas para submissão de artigos, respectivamente dos periódicos “Revista de Saúde Pública” e “Revista Interface”.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados

STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise

QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas

usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

Sua extensão é de até *4.000 palavras*.

O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.

Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências

O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.

As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em inglês.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural

waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora

do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

REVISTA INTERFACE – Comunicação, Saúde e Educação

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITO

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência constando de resumo (até quinhentas palavras) em português e inglês; título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Notas Breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

ENVIO DOS MANUSCRITOS

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

NOTA: nos manuscritos que incluam ilustrações (imagens, figuras, desenhos, tabelas, gráficos), também deve ser providenciada uma cópia do manuscrito, na versão PDF, com inserção das ilustrações.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma - Autor, ano, página, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

Casos específicos:

a Citações literais de até três linhas: entre aspas, sem destaque em itálico e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, sem espaço entre o ponto e o número). Ponto final depois dos parênteses.

b Citações literais de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte

menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Observação: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

c Vários autores citados em sequência: do mais recente para o mais antigo, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

d Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

e Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

* Título sempre destacado em negrito; sub-título, não.

**Sem indicação do número de páginas.

***A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão. Ex: FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

_____. Extensão ou comunicação? 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

**** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade. Campinas: Papirus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). Avaliação e planejamento: a prática educativa em questão. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULOS DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9. * Apenas o título do livro é destacado, em negrito. **Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

Regras específicas

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo: HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental.

Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde.3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções: MIGLIORI, R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

ARTIGOS EM PERIÓDICOS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface – Comunic., Saude, Educ., v.1, n.1, p.7-40, 1997.

* Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

**Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

TESES E DISSERTAÇÕES: IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo.

Anais... São Paulo, 1995. p.5.

*Apenas a palavra Anais é destacada, em negrito.

**Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

***Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: WAGNER, C.D.; PERSSON, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. *Cardiovasc. Res.*, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

**Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Observação: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

ILUSTRAÇÕES: Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

NOTA: Também como documento suplementar, deve ser inserida no sistema uma cópia do manuscrito, na versão PDF, com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.