

FATORES DETERMINANTES NA ESCOLHA DOS USUÁRIOS POR SERVIÇO HOSPITALAR NO ACESSO À REDE DE SAÚDE

Marcos Aurélio Matos Lemões¹

Cesar Francisco Silva da Costa²

Liamara Denise Ubess³

Celmira Lange⁴

Patrícia Mirapalheta Pereira Llano⁵

Janaina Amorim de Avila⁶

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores determinantes da escolha dos usuários quanto a um serviço de saúde hospitalar. *Método:* Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, realizada em 2008, no serviço de Pronto Atendimento de um hospital na região sul do Rio Grande do Sul, com 19 usuários, por meio de entrevista semiestruturada. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande – Furg –, conforme Parecer nº 26/2008. *Resultados:* O identificado como acolhimento, vínculo, higienização do local, resolutividade do serviço, encaminhamento e orientação médica foram fatores na escolha dos usuários pelo serviço hospitalar. *Conclusões:* O estudo pode ser usado como dispositivo de problematização do acompanhamento do usuário no sistema de saúde e da rede de atenção.

Palavras-chave: Hospitalização. Sistema Único de Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Rede de cuidado continuado de saúde.

FACTORS IN CHOICE OF USERS IN THE HOSPITAL SERVICE NETWORK ACCESS HEALTH

ABSTRACT

Objective: to analyze the determinants of the choice of health service users in a hospital. *Methods:* qualitative, exploratory, descriptive, held in 2008, in the service of Attendance at a hospital in southern Rio Grande do Sul, with 19 users, through semi-structured interviews. It was approved by the Committee of Ethics in Research in the Federal University of Rio Grande – Furg as Embodied No. 26/2008. *Results:* Identified like user embracement, local cleaning, resolution of service, referrals and medical orientation were significant factors in the decision of the hospital services users. *Conclusion:* The study can be used as a problematization device of user embracement n the health care and the attention network.

Keywords: Hospitalization. Health System. Access to Health Services. Network health care.

¹ Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação enfermagem, Universidade Federal de Pelotas UFPel, Pelotas, RS. Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces- NUCCRIN, UFPel. Pesquisador do Grupo de pesquisa Processo Saúde Doença-FURG, Rio Grande, RS. email: enf.lemoes@gmail.com

² Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, FURG, RS. Pesquisador do Grupo Processo Saúde Doença-Furg, Rio Grande, RS.

³ Enfermeira. Psicóloga. Acadêmica de Filosofia pela Universidade Federal de Pelotas- UFPel, Pelotas, RS. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação enfermagem, Universidade Federal de Pelotas UFPel, Pelotas, RS.

⁴ Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação enfermagem, Universidade Federal de Pelotas UFPel, Pelotas, RS. Coordenadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces- NUCCRIN, UFPel.

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação enfermagem, Universidade Federal de Pelotas UFPel, Pelotas, RS.

⁶ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação enfermagem, Universidade Federal de Pelotas UFPel, Pelotas, RS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e opera pelas diretrizes da descentralização e controle social para garantia do direito à saúde (Brasil, 1988, 1990a, 1990b). Organiza-se em rede, pelo Decreto 7.508/11, que oficializou a Atenção Básica como a principal porta de entrada no SUS e ordenadora do cuidado em saúde (Brasil, 2011).

Para Matos e Baptista (2011) a Atenção Básica tem função estratégica no funcionamento do SUS, pois redefine a ideia de redes como cadeia de cuidado progressivo em saúde. Pasche (2010) menciona que a Atenção Básica é a base do SUS e trata-se de um lugar de complexidades diante das complexidades da vida. Ainda conforme o autor, significa um deslocamento do objeto de trabalho centrado na doença para a saúde e sua promoção. De acordo com Cunha (2005), a Atenção Básica é o lugar que acompanha o sujeito no tempo da vida, enquanto que o hospital, num fragmento desse tempo, o faz pela agudização de processos psicopatológicos ou situações de urgência e emergência. Ambos os serviços estão na rede de atenção em saúde para a garantia do acesso à saúde.

Por acesso entende-se a saúde conectada às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação das pessoas (Unglert, 1995). Também como acessibilidade aos serviços de saúde, mas principalmente no sentido de que o usuário tenha na Atenção Básica o seu lugar de referência, atendimento, acompanhamento e resolutividade de suas necessidades de saúde – a Atenção Básica como o horizonte da linha de cuidado, coproduzido. O acesso efetiva-se se houver conexão desses fatores na rede de atenção. Acesso relaciona-se com a garantia da universalidade, equidade e integralidade.

A escolha por um serviço na rede de atenção à saúde tende a envolver vários fatores, dentre eles, a ideia de que em determinado local o usuário terá atendida a sua necessidade de saúde (Ayres, 2004). Por mais que se fale em uma rede de atenção, ela pode não ser identificada como este espaço de cuidado e sim pelos equipamentos de saúde que a compreendem, como Unidades Básicas de Saúde, centros de especialidades, hospitais, dentre outros. Trata-se da reprodução de uma concepção de saúde

biomédica, em que o cuidado localiza-se em determinados pontos da rede. Do mesmo modo, acompanha o SUS uma nova perspectiva da produção de saúde, que é a de rede. Sabe-se que as mudanças de concepções são gradativas e a resolutividade pode contribuir para reforçar uma nova proposta de atenção ou para não reproduzir modelos de saúde com foco na doença (Xavier; Araújo, 2014).

A incorporação da perspectiva do usuário pode contribuir significativamente para repensar a organização dos serviços de saúde em rede, indo ao encontro dos direitos humanos (Hollanda et al., 2012). A participação do usuário transcende o exercício do controle social como uma diretriz do sistema de saúde para um modo cogерido e de corresponsabilização para a garantia da vida (Brasil, 1990^a, 2011). Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta de reorganização do modelo de atenção em saúde, pois objetiva atender às demandas em um determinado território de abrangência (Brasil, 2011), pela criação de vínculo com a comunidade.

Nesta composição territorial os hospitais universitários podem apresentar heterogeneidade na sua capacidade instalada com a incorporação tecnológica, somando-se ao interesse da especialização de profissionais de Medicina (Medici, 2001). Essas instituições devem desempenhar sua função na comunidade em que estão inseridas. Sabe-se, portanto, que existe por vezes um sentimento na população de que, quanto maior e mais complexo o estabelecimento de saúde, melhor será o atendimento, perpetuando o ideário de que os hospitais resolveriam de forma mais adequada os problemas de saúde (Nonnenmacher; Weiller; Oliveira, 2011). Isso é reforçado por aspectos socioeconômicos, políticos, midiáticos e culturais.

A dimensão do acesso e decisões dos usuários na garantia de resolução ao seu problema de saúde merece evidência, sobretudo porque a população brasileira passa a exigir cada vez mais dos serviços públicos de saúde, nas diferentes esferas de densidade tecnológica, que, por sua vez, também ordenam o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão das políticas públicas. Faz-se necessário que a população mantenha-se vigilante quanto à intencionalidade e aos verdadeiros objetivos das políticas públicas

dentro dos dilemas e desafios que transpassam pelo SUS, participando como cogestor que necessita ser ouvido e opinar nas decisões que visem a mudanças significativas na realidade de saúde (Aquino et al., 2014).

Ao considerar essas questões, este estudo analisa os fatores determinantes da escolha dos usuários por serviço de saúde hospitalar da região sul do Rio Grande do Sul.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. Participaram desta pesquisa 19 usuários que acessaram o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) de um hospital universitário situado em um município no extremo sul do Rio Grande do Sul. A opção por esse ponto na rede de atenção deve-se ao interesse em compreender os fluxos que os usuários realizam na tentativa de resolução de problemas de saúde como o fator determinante para a escolha de serviços.

A unidade hospitalar deste estudo situa-se em um município com 197.253 mil habitantes. Compreende uma rede de atenção em saúde com estimativa de 43% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família, com 27 equipes e 10 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, 2 com atendimento 24 horas, 1 unidade de saúde mista e 4 Centros de Atenção Psicossocial.

Os participantes foram selecionados aleatoriamente, mediante convite para participar do estudo, explanação dos objetivos e, após o aceite, foi assinado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Cabe destacar que os depoimentos foram registrados em gravador digital, de forma individual, em ambiente privativo, conforme o aceite do usuário e as condições do serviço no momento da coleta. O número de entrevistados foi definido pelo critério de saturação dos dados, situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade do processo de pesquisa (Minayo, 2010).

Para assegurar o anonimato dos participantes criaram-se códigos com a letra E (referente a “entrevistado”), seguidos de uma numeração definida de forma aleatória, na sequência de realização das entrevistas. Assim, o primeiro usuário entrevistado obteve a codificação E1, e o último, E19. Foram utilizados também registros em diário de campo, identificados nos resultados e discussão como DC1, e assim subsequentemente.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2008, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais posteriormente foram transcritas na íntegra para análise temática, conforme propõe Minayo (2010). Na proposição da autora, os passos operacionais desse método compreendem a ordenação e classificação dos dados e a análise final. Foram utilizados como marcos referenciais as estratégias e políticas públicas de saúde no Brasil e autores que dialogam de alguma forma com o campo da saúde coletiva.

Dessa maneira, foram identificadas duas categorias temáticas: (1) Acolhimento e vínculo como determinantes de escolha do serviço de saúde; (2) O modelo biomédico e hospitalocêntrico na determinação da escolha e fluxo de cuidado em saúde. O estudo atendeu às recomendações éticas para as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (Brasil, 1996), foi realizado com aceite da Coordenação de Desenvolvimento do Hospital Universitário e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande – Furg –, conforme Parecer Consubstanciado nº 26/2008.

RESULTADOS

Acolhimento e vínculo como determinantes de escolha do serviço de saúde

A escolha dos usuários pelo pronto atendimento em serviço de saúde hospitalar como porta de acesso em detrimento da Atenção Básica, inclusive para situações que poderiam ser resolvidas neste ponto da rede de atenção, deve-se a alguns fatores, conforme mencionado nas falas dos participantes.

Destacam-se a forma como foram acolhidos, o vínculo, facilitação no acesso, higiene, sensação de segurança e capacidade tecnológica instalada (E2, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E19, DC1). Ao mesmo tempo, E11 destacou que nesse local havia muita demanda.

Porque para mim é o melhor lugar [hospital], sou melhor atendida, mais rápido (E2).

Escolhi por preferência minha, pois minha família é bem atendida aqui (E5).

Gosto do atendimento, é pesquisado a doença que a gente tem, ou sai bem ou fica preso aqui (E7).

Não gosto de outro hospital, gosto daqui, sou mais bem atendido (E8).

Eu optei em internar neste hospital, por que aqui é um capricho, sou bem atendido pelos enfermeiros (E10).

Eu escolhi aqui pelo atendimento, pela higiene, o problema do pronto atendimento é que está sempre lotado (E11).

[...] muitos usuários que se sentem bem atendidos encontravam-se no corredor em uma maca, dada a superlotação... com a esperança de que, ao serem hospitalizados, seriam cuidados (DC1).

Para fazer os exames, o doutor encaminha e baixa; mesmo estando no corredor, gosto daqui (E14).

Porque o médico disse que aqui fazem os exames (U4).

Porque o médico de lá [hospital de outro município] mandou eu vir para cá, que tem médico bom (E1).

O médico da Hemodiálise indicou a internação aqui (E7).

O médico pediu para vir para cá, ele gosta do HU (E13).

Consultei com o médico na Ala Verde, daí me deu a ordem de baixa (E18).

O doutor sugeriu, é melhor no HU, só se não tivesse leito para ir para outro (E9).

É porque a doutora que me tratava na Santa Casa me encaminhou para o médico daqui (E6).

[...] os profissionais que atuam na Atenção Básica ou em outros serviços de saúde conhecem o fluxo interno das instituições, as especialidades e os profissionais que nelas atuam (DC2).

[...] no Pronto Atendimento o vínculo que se estabelece é pontual, pois não há estrutura vincular com a rede de atenção para acompanhamento ou endereçamento do mesmo para a Atenção Básica (DC3).

O modelo biomédico e hospitalocêntrico na determinação da escolha e fluxo de cuidado em saúde

Os participantes ratificaram que no hospital universitário sentiam-se acolhidos, com resolutividade para suas necessidades, conforme mencionaram E14, E7, E4. O vínculo era consistente com o serviço de saúde, que naturalizava a internação no espaço do corredor (E14). Mencionaram, também, que a Medicina interferia e reorientava o fluxo na rede de atenção, com foco no hospital (E14, E4), e destacaram que a rede de saúde era produzida entre e pelos profissionais da Medicina (E6, DC1). A escolha não era dos usuários. Era da Medicina. A resolutividade era pela queixa-conduta e reforçava a lógica hospitalocêntrica para o cuidado em saúde (DC2) desvinculado de uma rede de atenção em saúde e da Atenção Básica como o lugar da gestão do cuidado (DC3).

DISCUSSÃO

Os resultados endossam o ideário de que o hospital é o local para atender às necessidades de saúde dos usuários, fato reforçado pelo modelo biomédico de cuidado em saúde, forma de resolutividade que tem centralidade no corpo. O ideário está, assim, composto com base na necessidade de saúde que experimentam e que vem da ordem das “vozes” do corpo, como sinais e sintomas.

Os usuários, ao procurarem os serviços de saúde, buscam a resolução de seus problemas, visando a alcançar a cura de uma doença ou o alcance de medidas preventivas. Sabe-se que a atenção à saúde realizada nas instituições hospitalares é voltada basicamente para recuperar a saúde, pautada no modelo clínico de atenção com enfoque na assistência

individual curativa, centrada na queixa e na doença, desconsiderando muitas vezes o contexto psicossocial (Silva; Alves, 2008).

Outra perspectiva de produção e proteção da saúde requereria ampliar os estudos, pois ao mesmo tempo em que se tem informações sobre cuidados em saúde, estas não garantem que assim se processe. Uma coisa é a realidade que o usuário identifica como necessidade. Outra é a necessidade entendida como a perspectiva de produção de saúde e de vida, para que a saúde não resida somente no âmbito biológico, mas que considere as condições e contexto de vida, de acolhimento às singularidades e diversidades sociopolíticas e culturais das pessoas (Fernandez, 2014).

Do mesmo modo que isso se coloca – ideário e resolutividade –, aparecem outros elementos como determinantes na escolha de um serviço de saúde, a sensação de segurança ao encontro da higiene e do que o usuário considera como resolutividade. Essas características descritas pelos entrevistados que optaram pela instituição hospitalar, principalmente o vínculo, colaboram para naturalizar situações de (des)cuidado e falta de estrutura.

Eles também informaram que integravam os determinantes da escolha pela instituição hospitalar a relação com os profissionais da Medicina. Esses profissionais orientavam e determinavam o fluxo na rede de atenção, bem como a produção de uma resolutividade reduzida ao modelo biomédico, ao maquiagem as reais necessidades de saúde, o que, por sua vez, reforça um cuidado centrado no corpo doente e que o hospital é o ponto sinérgico na rede de atenção no modo hegemônico de produzir saúde. Corroboram para que a saúde continue cristalizada em um modelo que medicaliza e medicamentaliza a vida de encontro às políticas sanitárias (Foucault, 1979).

Os motivos que levaram o usuário a optar pela instituição hospitalar universitária relacionaram-se com a procura pelo bem-estar, boa acolhida. A isso se pode denominar a humanização nos serviços, indo ao encontro da definição dos dispositivos de acolhimento, vínculo e do que se justifica como a Política Nacional de Humanização da Gestão e

Atenção no SUS (diretrizes e bases). O acolhimento como uma atitude ética, estética e política. Ética no que se refere ao compromisso com o outro, de acolhê-lo em suas necessidades e diferenças e se corresponsabilizar com a sua saúde. Estética porque contribui para a dignificação da vida por meio deste encontro usuário-serviço e vice-versa. A política porque se trata de um compromisso coletivo a partir desse encontro (Brasil, 2008). Esse arcabouço tende a garantir o que está no desejo mais presente dos usuários dos serviços de saúde.

A instituição que tem se apresentado no imaginário social, reforçada por profissionais de saúde e pela mídia, tem sido a instituição hospitalar, haja vista que, em uma análise de perspectiva marxista (Marx, 1988), se está em uma conjuntura de que a saúde tem valor de troca e de uso e pode gerar lucro a instituições privadas e filantrópicas.

Estudo desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo mostrou que são prementes, nas instituições hospitalares brasileiras, a privatização e o relacionamento público-privado, o que se inscreve na cadeia de produtividade e lucro, pelo controle de custos, aumento da eficiência, tentativa de sobrepor a Atenção Básica na assistência primária e destaque ao profissional da Medicina para solução de problemas (Neto; Malik, 2007).

O reforço do hospital como local de cuidado acirra o modelo médico hegemônico de cuidado, centrado na cura, que vai de encontro à proposta da política sanitária brasileira (Brasil, 1988, 1990a, 1990b, 2011), que tem na Atenção Primária em Saúde a centralidade da aposta para a gestão do cuidado em rede, no que se inclui o hospital (Righi, 2010). Essa assertiva deve-se ao fato da vinculação do usuário a um serviço de saúde mais próximo de sua casa, que facilite a sua entrada e trânsito na saúde, resolutividade de seus problemas e acompanhamento ao longo do tempo (Starfield, 2002; Cunha; Giovanella, 2013).

Por outra via, é preciso considerar que, em muitas ocasiões do processo de adoecimento, há necessidade de cuidar da saúde no âmbito hospitalar, tendo em vista a urgência e ser necessária a alta

complexidade tecnológica. E, portanto, a unidade básica torna-se um não lugar de cuidado nesse momento, mas é o espaço da gestão do cuidado no acompanhamento desta situação de saúde, e se envolve com a prevenção, promoção e proteção da vida dos usuários em questão.

Dentre as formas de constituição do imaginário social de que o hospital é um local seguro para o cuidado, e que por vezes desqualifica ou não alude à Atenção Básica, estão a mídia escrita, falada e imagética. Ao encontro do que afirma Menegon (2008), a mídia divulga informações e atua como coprodutora de sentidos e subjetividades, associada a elementos como a cultura, a páxis dos trabalhadores e gestores em saúde, dentre outros aspectos. Do mesmo modo, esse autor problematiza o hospital como local privilegiado de cuidado, pois, como tal não consegue garantir a integralidade e humanização em saúde, dado esses eixos dependem necessariamente de uma articulação em rede e fortalecimento da atenção básica, com estudos tendo demonstrado a importância deste *locus* de cuidado (Malta et al., 2013; Cecílio et al., 2012).

CONCLUSÕES

Em síntese, a Medicina se atravessa e determina em muitas vezes o fluxo do cuidado. A escolha é influenciada pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico, que prescreve modos de vida, e esses elementos estão nos determinantes da escolha dos usuários, os quais compõem os aspectos socioeconômicos, políticos, midiáticos e culturais. Ao mesmo tempo, porém, destacam-se o vínculo, modos de acolhida, a sensação de segurança, sejam eles garantidos pelo ideário sobre o hospital como lugar cuidador ou pelo modo como se expressam no serviço de saúde.

O hospital afirma-se como espaço hegemônico na rede de atenção, corroborando para que a saúde continue cristalizada em um modelo curativo, indo de encontro às políticas sanitárias. O itinerário que a Medicina decide no sistema de saúde determina fortemente o fluxo do usuário e do cuidado. Desse

modo, a escolha não é do usuário. É uma escolha determinada pelo modelo de atenção, por uma área do conhecimento e por aspectos socioeconômicos, políticos, midiáticos e culturais. Os resultados do estudo confirmam o ideário do hospital como local para atender às necessidades de saúde dos usuários reforçado pelo modelo hegemônico de cuidado em saúde, como forma única de resolutividade.

Por fim, na perspectiva de produção e proteção da saúde, pode-se ampliar os estudos, pois, ao mesmo tempo em que se tem informações sobre cuidados em saúde, estas não garantem que assim se processe. Uma perspectiva é a realidade que o usuário identifica como necessidade, outra é a necessidade entendida como a perspectiva de produção de saúde e de vida. É fundamental discutir a opção dos usuários pela internação hospitalar, que se examinem com cuidado as possibilidades e entraves nesta trajetória, para que a saúde não resida somente no âmbito biológico e hospitalar, mas que considere as condições e contexto de vida e a atenção primária à saúde como o local do cuidado, gestão e acompanhamento do usuário no tempo da vida.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, J. M. et al. Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. *Rev. Fundam. Care., on-line*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 364-377, jan./mar. 2014.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº196/96*. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996.
- _____. Constituição Federal de 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro 1988*. DOU 05/10/1988. Sessão 1. Diário Oficial da União, 1988.

- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8080, de 30 de setembro de 1990. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 jul. 2013.
- _____. *Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990*. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 3 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Presidência da República. *Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011.
- CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2.893-2.902, 2012.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 1.029-1.042, 2013.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- FERNANDEZ, J. C. A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, jan./mar. 2014.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da medicina social*. Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3.343-3.352, 2012.
- MALTA, D. C. et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 22, n. 1, p. 171-178, jan./mar. 2013.
- MARX, K. *O capital*. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. Vol. 2.
- MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2013.
- MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev. Ass. Med. Brasil*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.
- MENEGON, V. S. M. Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia. *Psicol. Soc.*, Minas Gerais, 20 (ed. Esp.), p. 32-40, 2008.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago., 2007.
- NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Cienc Cuid Saúde*, v. 10, n. 2, p. 248-255, abr./jun., 2011.
- PASCHE, D. F. Contribuições da política de humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RIGHI, L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar., 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

UNGLERT, C. V. S. *Territorialização em sistemas de saúde*. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec, 1995.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. *Saúde em Foco*, v. 1, n. 1, p. 137-149, jan./jul., 2014.

Recebido em: 3/10/2014

Aceito em: 25/10/2015