



III CONGRESSO
BRASILEIRO DE
POLÍTICA, PLANEJAMENTO
E GESTÃO EM SAÚDE

Estado e Democracia:
O SUS como direito social

ANAIS



Realização



pouco documentados. Objetivos Considerando o crescimento no Brasil do número de OS contratadas pelos órgãos públicos propusemo-nos a identificar as organizações sociais de saúde que celebram contrato com os Estados de SP, RJ e ES, apontando as 10 maiores e a quantidade de recursos contratualizados; levantar e comparar informações contidas nos contratos de gestão dos hospitais públicos desses Estados; e investigar as informações relacionadas à política de recursos humanos dos serviços de saúde contidas nos contratos de gestão. Metodologia Tratou-se de estudo exploratório, com análise documental. Ocorreu em 2015-2016 e o período estudado foi 1998-2016. Nomeamos os Estados de SP e RJ por acolherem as maiores OSS do país e o ES pela proximidade do pesquisador e escassez de estudos. A coleta de dados no RJ e SP foi feita nos sites das Secretarias Estaduais de Saúde. No ES, os contratos foram formalmente solicitados ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos, pois estavam indisponíveis na internet. Todos os contratos celebrados entre as Secretarias e as OSS para execução dos serviços de saúde em contratos foram pesquisados (04 no ES, 17 no RJ e 33 em SP). Fizemos leitura e análise, inclusive de aditivos. Elaboramos 30 categorias de análise, as quais possibilitaram traçar um perfil analítico comparativo entre os contratos. Destas, elegemos 5 referentes a RH/gestão do trabalho para observar e analisar: vínculo empregatício, contratação de pessoa jurídica, gastos com pessoal, contratação de pessoal, metas de RH. Resultados e Discussão SP possui 27 OSS contratadas para gerir serviços estaduais de saúde. Destas, 12 atuam diretamente na gestão hospitalar. No RJ, a diferença diminui bruscamente, das 11 OS atuantes, 10 delas foram contratadas para gerir hospitais. No ES, os números se igualam, pois todas as OSS atuam em hospitais. Das 10 maiores OSS, 80% delas operam no Estado de SP, 50% no RJ e 20% no ES. SP possui 173 contratos e 850 aditivos, RJ 53 e 128, ES 5 e 27. Em hospitais SP tem 53 contratos e 335 aditivos, RJ 52 e 119, ES não muda. As maiores OSS receberam juntas aproximadamente R\$ 31,4 bi no período. O vínculo empregatício em SP e ES é regime da CLT somado à recepção de servidores públicos cedidos. O RJ contrata apenas pela CLT. Há nos contratos de SP permissão implícita a contratação de pessoas jurídicas. SP e ES limitam os gastos para pagar mão de obra contratada em 70% do total recebido. Nos contratos do RJ essa informação foi omitida. Acredita-se que a Lei nº101/2000, o limite de 60% para contratações de mão de obra pelos poderes públicos estaduais e a não inclusão de instituições privadas nesse limite estimule a terceirização dos serviços públicos de saúde e também a privatização deles. Conclusões/Considerações Finais As 10 maiores OSS atuam em hospitais e recebem valores bastante elevados. A maioria delas atua em SP (8), metade no RJ e 2 no ES. 40% delas operavam em mais de um Estado ao mesmo tempo. Sobre todos contratos de gestão nos Estados pesquisados, há mais semelhanças que diferenças, e eles distorcem princípios da administração pública. Os aditivos contratuais dilatam vigência e acrescem objeto, ampliando severamente os repasses financeiros. Não há nos contratos metas nem recursos para políticas de RH, concluindo que o Estado, e em certos casos as OSS, tratam com irrelevância os trabalhadores, desvalorizam seu trabalho e não efetivam direitos. O manual de RH e o plano de trabalho exigidos por lei não estão disponíveis para

consulta. A inacessibilidade às informações é ilegal e dificulta o controle social. O aumento do número de OSS em substituição ao Estado na execução dos serviços de saúde demonstra uma tendência regional e nacional, sobretudo na gestão hospitalar. Referências ALMEIDA, K.S. Organizações sociais: (des) controle social e restrições ao direito à saúde. Ser Social. nº15, p. 115-140, jul-dez, Brasília, 2004. ANDREAZZI, M. F. S. BRAVO, M.I.S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. Trab.Educ.Saúde, v.12 n.3, p.499-518, set-dez. Rio de Janeiro, 2014. BARBOSA, N.B. Regulação do Trabalho No Contexto das Novas Relações Público Versus Privado Na Saúde. v.15, nº5. p. 2497-2506. Ciênc. e Saúde Colet., 2010. BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995. BRASIL. Lei nº 9637 de 15 de maio de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998. PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades. Ciênc. e Saúde Colet., p.341-360, 2001. SCHIMITT, A.V. Pontos Controvertidos do Contrato de Gestão. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1187, 2006.

Lorena Estevam Martins Fernandes; Gabriella Barreto Soares; Fabiana Turino; Francis Sodré;

14971 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA REGIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Introdução A organização do sistema regional tem o objetivo de estruturar os recursos organizacionais para atingir os objetivos determinados, tendo como um dos aspectos essenciais a centralidade do usuário. A organização precisa construir planos e integrar o cuidado, empregar tecnologias fundamentadas na definição de um modelo de atenção voltadas a organização do trabalho coletivo em rede Objetivos Compreender a organização do sistema regional de atenção às urgências, particularmente no cuidado as condições agudas; Identificar estratégias de organização orientadas para assegurar atenção sistêmica; Realizar monitoramento contínuo das ações. Metodologia Relato de experiência do 2º módulo do curso de aperfeiçoamento e desenvolvimento gerencial integrado da linha de atenção às urgências no ambiente intrahospitalar, do programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, no Hospital Universitário de Lagarto. No mês de novembro de 2016, a equipe de gestão juntamente com demais integrantes coletaram dados para o desenvolvimento das ações propostas, onde demonstrou-se a realidade local do Hospital Regional de Lagarto, e suas relações com as instituições estadual e federal. O relatório foi elaborado em dezembro de 2016 através dos dados coletados no próprio hospital. Resultados e Discussão O Hospital Regional de Lagarto demonstra resultados que conduzem a uma necessidade de adequação em sua infra-estrutura, recursos humanos e materiais, onde almeja-se a alta resolutividade e rotatividade dos pacientes e leitos. É necessário melhorar o apoio diagnóstico para aumentar as chances de prognóstico dos pacientes em tempo hábil, implantar um modelo de atenção de caráter multiprofissional, instituído por meio de protocolos e diretrizes baseados em linhas de cuidado. É primordial também uma relação articulada com o gestor municipal para o fortalecimento da atenção primária, efetivando a referência e contra referência com os demais níveis de atenção em saúde. Conclusões/

Considerações Finais A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado aos pacientes, assim como torna-se importante na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis.

Érica Monize Chagas Santos; Anny Giselly Milhome da Costa Farre; Arthur Maynard Pereira Oliveira; Carlos Jose Oliveira de Matos; Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro; Hertaline Menezes do Nascimento; Manoel Luiz de Cerqueira Neto;

15011 “CUIDANDO DE QUEM CUIDA”: UMA EXPERIÊNCIA DE MEDIAÇÃO E TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO ENTRE PESQUISA, SERVIÇO, GESTÃO, COMUNIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Introdução O projeto “Cuidando de quem cuida”, realizado de abril a novembro de 2016, fez parte de uma pesquisa maior denominada “Articular pontes entre pesquisa-serviços de saúde-políticas públicas-comunidade: uma experiência de Mediação e Translação do Conhecimento no CSEGSF da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)”, no município do Rio de Janeiro. Objetivos O objetivo do projeto foi investigar como acontece a translação do conhecimento entre pesquisadores e serviço de saúde, a partir da realização de práticas de cuidado com os Agentes Comunitários de Saúde. Metodologia A metodologia proposta foi de um modelo de pesquisa aplicada e participativa que envolveu os audientes da pesquisa, desenvolvendo o conceito de translação do conhecimento como um processo que promove mudanças nas relações entre os atores e novos arranjos entre diferentes saberes, pois possui a capacidade de não somente trocar como transformar maneiras de conceber, conhecer e agir (CLAVIER et al, 2011). A opção teórico-metodológica trouxe um laço entre os estudos da Translação do Conhecimento, da Teoria do Ator Rede (LATOURETTE, 2005) e da integralidade no SUS (PINHEIRO et al, 2008). Resultados e Discussão Como aproximação aos ACSs realizou-se atendimentos com as Práticas Integrativas e Complementares, uma vez por semana ao longo de 9 meses, de forma coletiva, opcional, entre conversas sobre o cotidiano, saúde, cuidado e os reflexos no serviço e na vida cotidiana. Foram realizadas três oficinas de sensibilização de reflexoterapia (mãos, pés, pavilhão auricular) para uso no cuidado de si e do outro, incluindo família e comunidade. Tanto o momento das práticas quanto as oficinas constituíram-se em oportunidades para uma ação reflexiva sobre como o conhecimento era transladado entre pesquisa, serviço, comunidade e gestão. Problematizou, ainda, como a pesquisa desenvolvida no CSEGSF é vista pela comunidade local e foram sugeridos outros modos de operar esta relação. Conclusões/Considerações Finais Como resultado da experiência deste projeto, ampliou-se a prática de integralidade no cuidado de situações de mal-estar difuso e como produto tangível criou dois filmes sobre reflexoterapia das mãos e dos pés para utilização em salas de acolhimento e escolas. Também, permitiu o compartilhamento de ideias e práticas inovadoras com outras atividades de gestão em outras unidades de saúde da ENSP. Referências CLAVIER, C. & POTVIN, L. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of Health & Illness* Vol. xx No. x 2011 pp. 1–15, 2011. LATOURETTE, B.

Reassembling the social: an introduction to Actor-Network-Theory. UK: Oxford University Press, 2005. PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A.(ORGS). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. RIO DE JANEIRO: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360 P. ISBN: 978-85-89737-46-3.

Maria Aparecida do Santos; Ana Cláudia Figueiró; Maíra Macedo França Ribeiro;

15120 CONSEQUÊNCIAS ECONÔMICAS COM ACIDENTES DE TRABALHO: REALIDADE DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

Introdução A Organização Internacional do Trabalho (2003) problematiza que, no mundo, cerca de 160 milhões de pessoas têm alguma doença relacionada ao trabalho e o somatório de acidente de trabalho (AT) fatal e não fatal é de, aproximadamente, 270 milhões ao ano. No Brasil, de acordo com o Anuário Estatístico de AT (2013), da previdência social, foram registrados 717,911 AT, desses apenas 15.226 são doenças relacionadas trabalho. Estima-se o custo global com acidentes de trabalho em US\$ 1,25 trilhões ao ano, o que significa 4% do PIB global(ILO, 2003). No Brasil, os custos com acidentes de trabalho são pouco contabilizados e estima-se que o impacto sobre o PIB possa chegar a 10% (Santana et al, 2006). Objetivos Descrever a organização do atendimento aos trabalhadores-vítimas de AT na esfera municipal; Descrever o volume de gastos por nível de atenção na Rede SUS e Rede Privada; Analisar a distribuição de gastos em AT por níveis de atenção da realidade local. Metodologia Estudo retrospectivo, descritivo de natureza quantitativa; baseado em dados secundários de atendimentos hospitalares, ambulatoriais e Urgência e emergência. Realizado em estabelecimentos de saúde públicos e privados localizados no município de Piracicaba. Utilizou-se de uma amostra 509 trabalhadores, vítimas de AT leves, moderados e graves, ocorridos no ano 2014. As fontes de dados foram dois Sistemas de Informação Municipal e Hospitalares próprios e busca documental em prontuários de internação hospitalar, fichas de atendimento ambulatorial, folhas de faturamento, Autorização de Internação hospitalar (AIH), além de um documento sobre custos da dos serviços de saúde públicos de Piracicaba. Resultados e Discussão A maior parte dos trabalhadores acidentados eram do sexo masculino, as principais ocupações encontradas: ajudante geral, auxiliar de serviços gerais, operador de máquinas, atendente, auxiliar/técnico de enfermagem e motorista. 78,1% dos AT foram típicos, 20,5% no trajeto e 1,4% doenças ocupacionais. A principal porta de entrada dos trabalhadores foi Serviços de Urgência e Emergência com 573 atendimentos, 94 trabalhadores foram internados e 854 atendimentos ambulatoriais. O SUS foi responsável por 76,05% dos atendimentos e a Rede Privada por 23,95. Quanto aos gastos: Urgência e Emergência total de R\$ 62.929,86, internações R\$ 426.078,02, e serviços ambulatoriais R\$ 70.981,40. Com um total de R\$ 559.989,28 o SUS foi responsável por R\$ 239.867,33 e a Rede Privada por R\$ 320.121,95. Os AT graves somaram R\$ 484.340,00, moderados R\$ 48.889,43 e leves R\$ 26.759,86, a estimativa total foi de R\$ 2.099.341,58. Piracicaba possui uma rede de serviços que reúne condições especiais para Saúde do Trabalhador. Quanto a prestação dos serviços o SUS foi principal respon-

sável pelos atendimentos aos trabalhadores vítimas AT, assim como apontam outros dois estudos nacionais. Conclusões/ Considerações Finais Investimentos intersetoriais no campo da saúde do trabalhador mostram-se necessários não somente na perspectiva de minimizar o gasto, mas também na garantia da Proteção Social a esses trabalhadores. Referências International Labour Organization: Work hazards kill millions, cost billions. Article [internet] 23 May 2003. Brasil. Ministério do Emprego e trabalho Estratégia Nacional para Redução dos Acidentes do Trabalho 2015- 2016. Ministério do Trabalho e Emprego Secretaria de Inspeção do Trabalho Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho Fundação Santana VS, Araújo-Filho JB, Oliveira PRA, Branco AB. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. Revista Saúde Pública;40(6):1004-12, São Paulo, 2006. Santana VS, Araújo GR, Espírito-Santo JS, Araújo-Filho JB, Iriart J. A utilização de serviços de saúde por acidentados de Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 2007; 32 (115): 135-143 Soares A. O Subfinanciamento da Saúde no Brasil: uma política de Estado.[tese] Campinas Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.

Cléria da Silva Marinho; Sayuri Tanaka Maeda; Rodolfo de Andrade Gouveia Vilela; Ana Maria Chiesa;

15122 O USUÁRIO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB) COM DIABETES MELLITUS (DM) DIAGNÓSTICA

Introdução A DM é classificada como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) e quase um quarto dos brasileiros adultos tem que enfrentar, mas com um maior controle da doença através de ações do governo como o PFPB, tem diminuído fortemente o número de complicações ligadas à doença. Objetivos Descobrir que acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) com Diabetes Mellitus (DM) diagnosticada, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013. Metodologia Realizou-se um levantamento quantitativo da META através de coleta de dados secundários, para conhecer quem acessa o PFPB que estão disponíveis em <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Quanto aos objetivos, a pesquisa é descritiva e exploratória. E quanto aos procedimentos, a pesquisa é documental e de levantamento. A PNS realizada em 2013 entrevistou efetivamente 64.348 domicílios, sendo que 60.202 moradores responderam as questões relativas ao seu estilo de vida, estado de saúde e doenças crônicas. Utilizou-se duas questões pertencentes ao módulo Q do questionário da PNS. Resultados e Discussão Na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 foram entrevistados 205.546 indivíduos, dos quais 3.838 são diabéticos e apenas 1.643 fazem uso de medicamentos ou insulina do PFPB. O estudo realizado mostra que esse subgrupo populacional é caracterizado principalmente por indivíduos do sexo feminino (68%), com 60 anos ou mais (53,50%), que declararam cor/raça como não branca (60,30%), de baixa escolaridade e casados (44,20%). As regiões Sudeste (30,50%) e Nordeste (28,70%) detém a maioria desses usuários. O principal resultado deste estudo evidencia que 57,19% dos indivíduos diagnosticados com DM não obtém o medicamento via o Programa Farmácia Popular do Brasil. Conclusões/ Considerações Finais O percentual de usuários do PFPB com DM diagnosticada encontrado é considerado pequeno, haja

vista que esse programa proposto pelo governo federal foi idealizado para ser abrangente. Enfim, conhecer quem acessa o programa é importante para a gestão do mesmo, tanto em relação ao indivíduo, quanto do território.

Simone Bezerra Franco; Alberlúcia Soares Dâmaso; Ronni Geraldo Gomes de Amorim; Marília Miranda Forte Gomes;

15131 PLANEJAMENTO E GESTÃO DE IMUNIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE SARAMPO NO ESTADO DO CEARÁ, 2013-2015

Introdução Entre dezembro de 2013 e setembro de 2015, o Estado do Ceará enfrentou uma epidemia de sarampo, com 4.094 casos suspeitos. Desses, 23% (916/4094) foram confirmados e 77% (3178/4094) descartados. No ano de 2014 foi registrada a maior incidência, com 8,6 por 100.000 habitantes. Visto que a vacina é uma das principais formas de prevenção da doença, o estado do Ceará adotou estratégias de vacinação como medidas de controle, além do monitoramento das condições de risco para a transmissão de doenças imunopreveníveis. Anterior a epidemia, a transmissão endêmica do sarampo havia sido interrompida no país no ano 2000, decorrente da intensificação das ações de vigilância e cobertura vacinal elevada contra a doença. Na rotina dos serviços de saúde, a vacinação deve ser realizada conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (MS), ou seja, para indivíduos a partir dos 12 meses aos 19 anos de idade, devem ser realizadas duas doses de vacina com o componente sarampo, e indivíduos de 20 a 49 anos de idade devem receber uma dose de vacina tríplice viral, de acordo com a situação vacinal encontrada. Objetivos Compreender a importância do Planejamento e Gestão de imunização nas diversas estratégias de vacinação desenvolvidas no enfrentamento da epidemia de sarampo no Estado do Ceará, no período de dezembro de 2013 a setembro de 2015. Metodologia Estudo do tipo epidemiológico, descritivo. Consta de evidências da interrupção da transmissão do vírus do sarampo relacionado às diversas estratégias de vacinação realizadas nos 184 municípios do estado do Ceará. Os dados foram coletados através do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), no período de dezembro de 2013 a setembro de 2015, além de informações disponibilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). As informações de Cobertura Vacinal (CV) foram utilizadas para avaliar o número da população vacinada em relação à meta estabelecida, a fim de desenvolver uma programação que permitisse a captação dessa população suscetível e, assim, garantir o nível de CV acima de 95%. Após a coleta dos dados, foi iniciado o trabalho de análise das informações com base nos indicadores de imunização, como CV, homogeneidade e taxa de abandono, e implementadas estratégias necessárias e eficazes para eliminar todos os suscetíveis não vacinados. Resultados e Discussão O estado do Ceará, durante o período da epidemia, adotou inúmeras estratégias de vacinação na busca da população suscetível, das quais se destacaram a vacinação no município de Fortaleza e região metropolitana; a campanha de seguimento nos 184 municípios do Estado; a vacinação da população de risco; reorientação e sistematização das ações de bloqueio e varredura. Nas diferentes estratégias de vacinação utilizadas, consolidaram-se um total de 1.232.368 doses

aplicadas das vacinas com o componente sarampo na população alvo da intensificação. Frente às evidências analisadas e seus resultados, a circulação do vírus foi interrompida no mês de setembro de 2015. No entanto, requer a manutenção de elevadas e homogêneas CV em indivíduos de seis meses a 49 anos de idade. Importante destacar que em mais de 90% dos casos confirmados e 40% dos casos suspeitos de seis meses a 29 anos não tinham antecedente vacinal, o que nos indica que a CV acima de 95% encontrada era apenas administrativa, tornando-se necessária a implementação imediata do sistema de informações do PNI – SIPNI, e a análise e vigilância das áreas para identificar a população vacinada e os bolsões de suscetíveis. Conclusões/Considerações Finais As ações de vacinação oportunas e de maneira massiva, como a intensificação em postos móveis e varredura, com a busca ativa de não vacinados, com a convocatória dos gestores locais, municipais e estaduais, além da formação de equipes de resposta rápida, permitiram garantir CV superiores a 95% em todo o território e em tempo oportuno, favorecendo a antecipação das ações ao vírus. A sensibilização e incorporação de novos atores no cenário da epidemia, como sociedades científicas, escolas e universidades públicas e privadas, permitiu novas ações e estratégias de vacinação, alcançando-se setores da população que são de mais difícil acesso. A intensificação da vacinação permitiu a aplicação de inovações locais, tanto para a busca ativa de casos suspeitos como da população suscetível pendente a vacinar, que podem ser resgatadas para o fortalecimento dos programas de imunização e vigilância epidemiológica, os dois pilares para a sustentabilidade da eliminação do sarampo. Referências Engleitner F, Moreira AC. Incidência de rubéola, caxumba e sarampo no município de Ijuí/RS entre os anos de 1995 e 2007. Rev Contexto & Saúde. 2008; 7(14):37-44. Fernandes EG, Oliveira MEB, Fred J, Carelli LA, Lima GDF, Sato HK, Yu ALF. Surto de sarampo na região metropolitana de Campinas, SP. Rev Saúde Pública. 2013; 47(6):1213-7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. Acesso em: 17 set 2015. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br> ou <http://sipni.datasus.gov.br>.

Ana Vilma Leite Braga; Ana Débora Assis Moura; Ana Karine Borges Carneiro; Tereza Wilma Silva Figueiredo; Márcio Henrique de Oliveira Garcia; Regina Duron Andino;

15209 ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: DIFICULDADES E FACILIDADES NA SUA IMPLEMENTAÇÃO

Introdução O acesso aos serviços de saúde de forma universal, equânime e integral, se constitui em um direito de cidadania, garantido legalmente na Constituição Federal de 1988, a qual regulamenta e institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, percebemos que o acesso universal aos serviços de saúde não tem sido traduzido efetivamente na prática, em especial nas ações de média e alta complexidade. O acesso

aos serviços de saúde passa por um caminho que o usuário deverá percorrer, desde a apresentação de uma necessidade/ demanda/ problema de saúde específico, até o seu ingresso no sistema. Segundo Cecílio (2001) a demanda é o pedido explícito, a demonstração das necessidades mais complexas do usuário, as quais são modeladas de acordo com os serviços ofertados. A assistência à saúde nos níveis de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui em um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde, pois estes recursos assistências requerem vultosos gastos para serem executados e a demanda pelos mesmos é constante, ocasionando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos/ serviços (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006). Objetivos Analisar as práticas de saúde realizadas pelos profissionais da atenção básica, de média e alta complexidade para a viabilização do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede SUS e identificar a(s) dificuldade(s) e/ ou facilidade(s) encontradas pelos usuários para acessar estes serviços. Metodologia Estudo qualitativo, realizado no ano de 2013 nas Unidades de Saúde da Família, Policlínicas e Hospitais públicos de Feira de Santana-Bahia. Os participantes do estudo foram constituídos de três grupos: profissionais de saúde (Grupo I), usuários (Grupo II) e gestores/ coordenadores dos serviços de saúde (Grupo III), totalizando 26 participantes. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. O método de análise de dados utilizado foi uma aproximação da Hermenêutica-Dialética por entendermos que o mesmo possibilita o encontro de duas perspectivas teóricas que ultrapassam a descrição e fortalecem a subjetividade dos participantes do estudo. Considerando a Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisas com seres humanos, ressaltamos que o projeto de pesquisa deste estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS. Resultados e Discussão Dentre as dificuldades e limites que os usuários têm encontrado para acessar os serviços de saúde de média e alta complexidade foi citada a demanda por esses serviços ser maior que a sua oferta, entraves ao regular pacientes para unidades de maior complexidade, demora em realizar agendamento de exames e consultas, falta de acolhimento por alguns trabalhadores de saúde, falta de material de consumo e permanente nas unidades de saúde e inexistência de contrarreferência para a atenção básica. Contudo, destacamos que a existência de programas especiais, para atendimento a grupos específicos (diabetes, hipertensão, IST/ AIS, entre outros) tem facilitado o acesso aos serviços de média e alta complexidade, bem como o compromisso e a responsabilização de alguns profissionais em viabilizar o agendamento de exames e consultas. Além disso, observamos que o encaminhamento dos usuários com relatórios e fichas de encaminhamento tem contribuído para a promoção do acesso aos níveis de maior complexidade. Conclusões/Considerações Finais Acreditamos que a “identificação de barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas” poderá colaborar para a garantia do acesso e “proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema” (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012, p. 2872). Concluímos que o acesso do usuário aos serviços de saúde de média e alta complexidade tem convivido dialeticamente com alguns