

Acesso aos serviços de saúde por agentes penitenciários de uma cadeia pública feminina

Access to health services by penitentiary agents of a female public chain

Acceso a los servicios de salud por agentes penitenciarios de una cadena pública femenina

Paula Kathleen Demétrio Corsino
Carolina Picolotto
Cecília de Campos França
Angélica Pereira Borges
Thalise Yuri Hattori
Josué Souza Gleriano
Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as percepções dos agentes penitenciários sobre o acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado na cadeia pública feminina de Tangará da Serra-MT, com profissionais agentes do sistema penitenciário através de um instrumento semiestruturado que foi transcrito na íntegra, organizado de forma sistematizada com codificação do tipo alfanumérica submetido a análise de conteúdo. Dos profissionais entrevistados a faixa etária predominante foi de 28 e 33 anos, mulheres, destes 43,75% classificou o serviço de saúde como “bom”. Utilizam do mix público-privado para acesso a serviços e destacam a necessidade de melhorias em ambos setores, apontando para o público, a necessidade de disponibilidade de exames específicos, e para ambos a elevação da qualidade na estrutura, humanização e demora no atendimento dos serviços. A superlotação e a demora no atendimento são os pontos-chaves para a insatisfação dos agentes penitenciários relacionado ao Sistema Único de Saúde, no entanto até os que dispõem de plano de saúde possuem as mesmas queixas, ademais preferem garantir o acesso ao atendimento devido o plano de saúde.

Palavras-Chave: Prisões; Serviços de Saúde; Humanização da Assistência; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the perceptions of penitentiary agents about access to health services. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, carried out in the female public chain of Tangará da Serra-MT, with professional agents of the penitentiary system through a semi-structured instrument that was transcribed in its entirety, organized in a systematized form with codification of the alphanumeric type submitted to content analysis. Of the professionals interviewed the predominant age group was 28 and 33 years old, women, of these 43.75% classified the health service as "good". They use the public-private mix to access services and highlight the need for improvement without both sectors, pointing to the public, the need for availability of specific exams, and for both the increase in quality in the structure, humanization and delay in service delivery. Overcrowding and delayed care are the key points for dissatisfaction related of the penitentiary agents to Health Unic System. However, even those who have a health plan have the same complaints, however, they prefer to guarantee access to care due to the health plan.

Keywords: Prisons; Health services; Humanization of Assistance; Quality of Health Care.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las percepciones de los agentes penitenciarios sobre el acceso a los servicios de salud. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en la cadena pública femenina de Tangara da Serra-MT, con profesionales agentes del sistema penitenciario a través de un instrumento semiestructurado que fue transcrito en su totalidad, organizado de forma sistematizada con codificación del tipo alfanumérico sometido a análisis de contenido. De los profesionales entrevistados el grupo de edad predominante fue de 28 y 33 años, mujeres, de los 43,75% clasificó el servicio de salud como "bueno". Se utilizan de la mezcla público-privada para acceso a servicios y destacan necesidad de mejora sin ambos sectores, señalando al público, la necesidad de disponibilidad de exámenes específicos, y tanto el aumento de la calidad

en la estructura, la humanización y la demora en la prestación del servicio. La superpoblación y la demora en la atención son los puntos claves para la insatisfacción de los agentes penitenciarios relacionados al SUS, sin embargo hasta los que disponen de plan de salud poseen las mismas quejas, sin embargo prefieren garantizar el acceso a la atención debido al plan de salud.

Palabras clave: Prisiones; Servicios de Salud; Humanización de la Asistencia; Calidad de la asistencia sanitaria.

1 - INTRODUÇÃO

Compreende-se que determinantes individuais (renda, cobertura do seguro saúde, atitudes frente ao cuidado com a saúde, estrutura social) ou das instituições de saúde interferem no acesso à saúde¹. Assim, a organização dos sistemas de saúde para responder as necessidades de saúde e a concepção de saúde colocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estado de completo bem-estar físico, mental e social, ausência de enfermidades, articulada às dimensões corpo e mente, biológico e social, saúde e doença, são aspetos relevantes para concretizar um estado pleno de saúde de uma sociedade, porém questiona-se o quanto essa definição representa realmente a saúde².

No entanto, as necessidades de saúde demandadas pela população são reconhecidas nos serviços de saúde, e estes precisam organizar-se no intuito de subsidiar acesso às mesmas. Para isso, analisar os três aspectos essenciais que as permeiam, ou seja, as particularidades de como a necessidade de saúde é traduzida por cada grupo social, a dicotomia entre o saber científico do médico e a concepção do indivíduo que recorre ao serviço e a diferente percepção dos gestores³ são elemento que podem auxiliar na organização dos serviços de saúde.

Os três aspectos apresentados acima, conseguir mediar no contexto da realidade brasileira, o acesso universal como um direito de cidadania, princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ nas marcantes desigualdades territoriais e econômica de uma população frente aos cenários organizativos regionais e das diferenças do próprio acesso, tanto públicos como privado^{5,6}.

Destaca-se que 69% dos serviços de saúde privados são ocupados pelo SUS, sendo os principais a internação e exames⁷, entretanto, os mesmos serviços também têm sido contratados pelos seguros de saúde privados mostrando uma lógica de

organização que se ergueram nas fragilidades de coordenação do SUS e da abertura da rede de atenção privada na lógica da saúde como mercadoria.

O setor privado tornou-se então uma alternativa de acesso à assistência médica, articulado fortemente com as indústrias farmacêuticas e de equipamentos de saúde regulando um mercado de saúde altamente lucrativo e de poder no capital financeiro³, que têm incorporado como clientes parcela da classe trabalhadora formal, que usualmente prefere beneficiar de seguros saúde ou consumir assistência médica privada. Contexto que remete um olhar reflexivo, no SUS, sobre as dimensões do acesso, da atenção e da organização do sistema de saúde na proposta de garantia da saúde como direito, que requer atentar para a área de saúde e economia quando o SUS precisa dar resposta à população que, assegura em pacotes de serviços, adentram no sistema com demandas que fogem do escopo do seguro contratado.

Considerando o exposto, o vínculo de trabalho oportuniza escolha de sistemas de saúde. Como exemplo, nesse estudo adota-se a situação do Agente de Segurança Penitenciário (ASP), agente prisional ou agente penitenciário. De acordo com Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), até o primeiro semestre de 2016, o quadro de ASP era de 78.163 em todo o Brasil⁸. Esses profissionais, trabalha em um ambiente de tensão, pressão e insegurança, o que pode influenciar na sua qualidade de vida e levá-los à distúrbios de várias ordens, tanto físico quanto psicológicos⁹, sinalizando para a necessidade de acompanhamento periódico da saúde do trabalhador em todas as suas vertentes.

Adicionalmente, é importante que o ASP esteja incluído no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional CIPA e que a assistência à saúde, independentemente de ser segurado ou não, receba assistência à saúde por parte do Estado e que inclua minimamente o atendimento médico, farmacêutico e odontológico¹⁰. Ademais, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde na saúde do trabalhador¹¹ integra oportunidades de articular espaços por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) na atenção as demandas que surgem no contexto do ambiente de trabalho, sendo primordial no contexto dos profissionais do sistema prisional como os APS.

O Ministério da Saúde enfatiza a importância do desenvolvimento de ações educativas de capacitação e sensibilização de saúde no ambiente de trabalho em sistemas prisionais¹². Sendo evidenciado em estudo¹ realizado no estado de São Paulo que 30% dos ASP apresentam sinais de alcoolismo, e um para cada dez sofre de distúrbios psicológicos, ocupando o primeiro lugar dentre as profissões do sistema prisional com tais agravamentos a saúde.

Essa categoria profissional também é descrita como invisível por suas condições de trabalho e saúde precárias¹³, sendo potencializadas por críticas condições de infraestrutura e a fragilidade da ambiência das prisões¹⁴. Nesta complexidade de fatores de risco, foram evidenciados problemas de saúde que resultaram em afastamentos do trabalho de ordem psicológica e física no trabalho¹⁵, decorrentes do estresse laboral¹⁶, e também do aumento do risco cardiovascular¹⁷.

Assim, fica claro que a atividade laboral do ASP demanda o uso de uma rede de assistência à saúde que atenda as especificidades de seu processo saúde-doença, neste contexto torna-se fundamental compreender como se dá o acesso a saúde por esses profissionais, para que assim seja possível subsidiar reflexões sobre os processos e redes que o envolvam buscando resolutividade de suas necessidades de saúde. Diante do contexto, esse estudo objetiva compreender a partir das percepções de ASP de uma cadeia pública feminina sobre como acessam os serviços de saúde.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa na compreensão do comportamento de um grupo populacional e sua experiência processo e construção de significados¹⁸. Foi realizado em uma cadeia pública feminina localizada em um município da região sudoeste mato-grossense. Estima-se a população de 123.119 habitantes no município¹⁹ e com desigualdade social de 0,729. Grande parte do município conta com água tratada, energia elétrica, limpeza urbana, telefonia fixa, telefonia celular e internet. Cerca de 65% das famílias tangaraenses residem em imóveis próprios ou quitados¹⁹.

Participaram do estudo todos os agentes penitenciários que atuavam na instituição prisional, totalizando dezesseis. Os critérios de inclusão foram: trabalhar na instituição no mínimo 6 meses e que não estiver em licença e/ou afastamento.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2016, por meio de entrevista semiestruturada gravada, com roteiro que abrangia questões socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde. Realizou-se o primeiro contato com os ASP no ambiente de trabalho sendo apresentando a pesquisa, os objetivos, a forma que o estudo seria desenvolvido e a necessidade de aceite pelo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pós aceite, foi agendada as entrevistas, que seguiu a aplicação dos instrumentos e sendo encerrada quando o pesquisador constatava saturação²⁰. As entrevistas tiveram duraram média de aproximadamente 20 minutos.

Os dados coletados foram transcritos na íntegra, organizados de forma sistematizada, por meio de um sistema de numeração e de classificação, com codificação do tipo alfanumérica, onde as consoantes ASP referem-se a agentes de segurança penitenciários, seguidas de número arábico que compôs o conjunto para determinar a sequência de realização das entrevistas.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin²¹, emergindo duas categorias, “O acesso: Público ou Privado, como busco?” e “Na percepção dos profissionais a satisfação no acesso ao serviço de saúde”.

O estudo atendeu as normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovado sob CAAE: 50417815.8.0000.5166.

3 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os profissionais entrevistados estão em sua maioria na faixa etária entre 28 e 33 anos, são do sexo feminino. Quanto à religiosidade e crenças, que podem influenciar em seus conceitos e modo de vida, 81,3% possuem alguma crença, seja ela religiosa ou atrelada a alguma força superior. O campo religioso brasileiro, mesmo com sua variedade, é dominado pelo cristianismo, cultura trazida pelos portugueses e passou por expansão e consolidação após a segunda metade do século XX, podendo essa relação histórica justificar a maior incidência da religião católica^{9,22}.

O nível de escolaridade é considerado alto, pois 68,8% apresenta ensino superior completo, o que sinaliza a oportunidade de acesso à educação. Que está refletindo claramente na renda mensal, visto que 50% encontram-se na faixa salarial

de 5 a 6 salários mínimos e 31,3% se concentram na faixa de renda mensal superior a 6 salários mínimos.

3.1 O acesso: Público ou Privado, como busco?

O acesso como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de acesso pelo usuário e no seu empoderamento para escolha são fatores que se misturam na avaliação do usuário como cordialidade com o indivíduo, a existência de sistemas que organizam o atendimento, a capacidade do paciente em arcar com os custos da assistência, o financiamento do sistema de saúde, e os fatores sociais e culturais²³.

O acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidade e se relaciona com a percepção das necessidades de saúde²⁴. O SUS, é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde que integram órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, fundações mantidas pelo poder público e as da iniciativa privada²⁵, tem organizado o fluxo do acesso a seu sistema por níveis de atenção e aceitado diferentes portas de entrada, quando aborda o aspecto de referência.

A dificuldade de acesso a exames e consultas especializadas, dificuldade em agendamento, precariedade de disponibilidade de medicamentos nas farmácias populares e, por vezes, impessoalidade no primeiro contato quanto ao julgamento da busca pelo serviço de saúde são problemas inconvenientes gerados pelo aumento da demanda e a ampliação na oferta de serviços²⁶.

No caso estudado, os ASP entrevistados, relatam insatisfação com o sistema público de saúde, seja no atendimento, em procedimentos diagnósticos, tempo de espera e também recursos humanos e materiais.

ASP1: “Deixa a desejar: atendimento, realização de exames, então não conseguimos ir no SUS, ou pagamos particular, ou um convênio.”

ASP2: "só faço vacina no SUS".

ASP10: *“No público não tem como ser atendido, nunca tem vaga, sempre troca o posto, sabe me falam que não é da minha área, não entendo muito bem porque não me atendem.”*

ASP13: *“Não tenho plano de saúde, todos os locais a gente têm que esperar até no particular.”*

ASP15: *“ (...)só uso quando me sinto mal, vou na emergência sou atendido e medicado, consigo fazer os exames e quando preciso de algum especialista eu consigo ser atendida.”*

ASP8: *“SUS Precisa melhorar muito.”*

Na saúde do trabalhador os elementos que constituem as práticas de atenção são interdisciplinares, pela dimensão que se caracteriza as demandas que emergem da rotina laboral. Nesse sentido, o sistema de saúde precisa reconhecer dois pontos de análise, o primeiro as relações particulares que acontecem no ambiente de trabalho e da resposta de reprodução que esse perpetua na condução social e, o segundo, as características dos processos de trabalho e a potencialidade de repercussão na saúde²⁷.

Quando o ASP10 enfatiza *“...sabe, me falam que não é da minha área, não entendo muito bem porque não me atendem”*, reflete-se a capacidade de absorção das demandas da Saúde da Família e divisão de área do município¹⁹, que muitas das vezes possuem baixa cobertura e não consegue atender as demandas do território e as que influenciam essa demanda.

Reforça que em qualquer serviço, o acolhimento do usuário no momento da procura pelo serviço precisa estabelecer como resposta segurança e confiabilidade no serviço de saúde, mesmo que não solucionado o problema naquele momento.

Na fala do ASP10 percebe-se limite no acesso desde o momento da entrada no serviço até o momento do agendamento de atendimento. A prioridade de atendimento para o residente do território é uma das atribuições da saúde da família e a condução de abertura de agenda que possibilidade acesso são estratégias para não perder o vínculo com o usuário²⁸.

Outro aspecto a ser considerado são desafios e fragilidades desde a implantação da RENAST, principalmente por subfinanciamento, impôs certa inépcia ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), independente de onde

estiver no território brasileiro, à quantidade de demandas impondo, nesse sentido, outras alternativas aos trabalhadores para acessar serviços de saúde²⁹.

Reconhece-se que houve maior acesso a serviços de saúde, por programas de saúde, o que permitiu que problemas e agravos à saúde fossem diagnosticados mais rápidos, com acesso a tratamento e possibilidade de usufruir dos serviços de alta complexidade³⁰. Entretanto, os achados desse estudo, na singularidade de campo e localização do serviço, por não ter um CEREST na regional de saúde, por limitações de discussão sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reforçam a complexidade que se impõe ao SUS na garantia da saúde como direito.

A ausência na fala dos ASP de um centro de referência ou o conhecimento desse, a exemplo o CEREST, perpassa a dimensão de comunicação da saúde com os trabalhadores, impondo limites na luta da classe para melhores condições de implementação da PNSTT.

O acesso por meio do sistema suplementar ou privado tem sido o mais recorrente para esses trabalhadores.

ASP 4: *“pagamos particular, ou um convênio.”*

ASP 10: *“eu uso o privado quando preciso.”*

ASP 8: *“tem que ser privado, não consegui na unidade de saúde do meu bairro.”*

A utilização do serviço privado pelos ASP desse estudo têm sido uma estratégia utilizada em detrimento da ausência ou morosidade na resposta do setor público de saúde. Pode-se, por uma complicação dada na experiência do usuário, repercutir em naturalização de um atendimento ineficiente no SUS. Nos diálogos entre os trabalhadores, somando possíveis experiências semelhantes, as relações expressaram as fragilidades e, por consequência escolha por outros segmentos no caso o sistema privado.

Pontua-se que aspectos sócios organizacionais, que incluem condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo influenciam no acesso³¹. Nessa perspectiva, no acesso deve considerar-se as necessidades que são demandadas pelos usuários e a capacidade de atender tais necessidades pelo sistema de saúde³².

Aspecto que pode ser um influenciador nesse estudo para o não reconhecimento de uma rede pública de assistência à saúde do trabalhador, relaciona-se com a abordagem geográfica, que é um pré-requisito fundamental para a resposta à assistência à saúde³³, sendo que a ausência na fala de um setor de referência e de um serviço na regional de saúde além das diferentes propostas nos planos de carreira dos profissionais, quanto a cobertura de assistência à saúde, não define o SUS como acesso à atenção, mesmo sendo um direito constitucionalmente garantido.

Não somente o sistema público de saúde tem enfrentado os desafios de ofertar em tempo oportuno respostas a demanda, o sistema suplementar por meio de convênios têm apresentado demora na oferta do atendimento³⁴. Souza et al.³⁵ mostram que essa realidade de difícil acesso a exames e consultas especializadas, além da dificuldade em agendamento e falta de humanização no primeiro contato é realidade em todo o país.

Em olhar ampliado da ação em saúde pública, os CERESTs tem sido analisados, e percebe-se que há experiência acumulada de atuação em consonância com as premissas da Vigilância em Saúde do Trabalhador²⁹

Porém, constata-se limitações no quadro de profissionais da saúde que poderiam dar aporte para demandas de saúde mental na própria estrutura de trabalho¹⁶, além dos entraves institucionais que dificultam o acesso à utilização dos serviços³⁶.

Em outra dimensão, a reflexão de que os estabelecimentos penais não estão isolados da sociedade promove um campo de diálogo sobre as diversas maneiras de comunicação, incluindo pela necessidade de utilização das redes públicas de saúde, no tocante a situação inversamente proporcional de agentes penitenciários com o crescimento da população carcerária³⁷, e da limitação de que a saúde que também é um direito do trabalhador penitenciário³⁸ ter apresentado situações de precariedade, que no caso estudado afetou principalmente o serviço, que é interiorizado.

Nesse contexto, refletir sobre o diálogo interministerial, ou seja, Ministério da Justiça e Segurança Pública com o Ministério da Saúde, produziria para além de respostas na abordagem da população privada de liberdade, mas também das ações de minimização de exposição do risco à saúde do trabalhador na complexa e ampla possibilidade de minimizar agravos que esses estão também expostos.

Ressalta-se que é necessário atentar as implementação das ações de promoção e prevenção em saúde preconizadas na Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS), porém fragilidades estruturais e organizacionais acresceram em desmotivação e descrédito de que política possa ser eixo condutor da reforma de atenção à saúde a esse grupo de trabalhadores, destaca-se dificuldades na atuação de gestores, prejuízos que as dificuldades do dia a dia trazem às equipes de saúde em termos de manutenção de sua saúde mental, além de práticas de controle apenas dos afastamentos dos servidores sinalizando pouca efetividade para enfrentar os problemas de saúde dos servidores³⁹.

Constata-se que a descontinuidade na agenda de governo com a PASS, tanto por limitações políticas e orçamentárias, quanto por questões de gestão de pessoas, além da baixa adesão dos gestores de pessoas e da falta de acompanhamento do órgão regulador produziu reflexos que não avançaram na promoção e prevenção à agravos e à assistência dos servidores⁴⁰.

Diante desse contexto, a Administração Pública Federal, ente que executa ações e diretrizes deve buscar estratégias que somem melhorias na qualidade do serviço prestado pelo Estado aos seus servidores, o que reforça ampliação da escuta na proposição das demandas e que resulte em desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde.

3.2 Na percepção dos ASPs a satisfação no acesso ao serviço de saúde.

Uma das dimensões do acesso à saúde é a aceitabilidade que é dada sob a natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais; capacidade de pagamento dada pela relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos⁴¹.

O acesso como liberdade para uso, baseado na consciência da possibilidade de acesso pelo usuário e no seu empoderamento para escolha são fatores que se misturam na avaliação do usuário como cordialidade com o indivíduo, a existência de sistemas que organizam o atendimento, a capacidade do paciente em arcar com os custos da assistência, o financiamento do sistema de saúde, e os fatores sociais e

culturais²³. Dessa forma, o nível de acesso aos serviços de saúde seria determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e comunidades e o sistema de saúde.

Avaliar a satisfação de usuários com serviços de saúde é um tema complexo, e não foi o intuito desse estudo, ressalta-se que perpassa por diferentes aspectos teóricos, instrumentos e posições acadêmicas. Nesse sentido, há sugestão de que é necessário um referencial próprio de pesquisa de satisfação no contexto brasileiro⁴².

A satisfação nesse estudo emergiu como uma categoria, que colabora com a possibilidade do uso dessa percepção por expor opiniões, expectativas e aquilo que o participante considera justo, possibilitou argumentar como categoria de análise.

Nessa categoria, não pretende dialogar sobre os diferentes elementos que a satisfação pode trazer para o campo da avaliação, porém a escolha de sumarizar percepções pode auxiliar estabelecer potencialidades e fragilidades de quem percorre os caminhos da atenção e, de certa forma corroborar em linhas de pesquisa.

A satisfação do usuário do serviço de saúde pode ser caracterizada pelos seguintes fatores garantia de utilização e garantia de retorno, sendo que a garantia de utilização pode ser classificada como: conseguir realizar a consulta médica, procedimentos, medicação e tudo que envolve a ação do serviço de saúde ao usuário, já a garantia de retorno pode ser classificada como: pedidos de exames para o cliente/paciente, pedido de retorno depois de cessar a medicação para reavaliação do quadro entre outros^{43,44}.

Ao analisar os relatos dos participantes, consta-se que 43,75% classificam o sistema de saúde que fazem uso como “bom”, seja ele público ou privado.

ASP2: "Bom sempre, sou atendida, porque eu tenho (plano particular), agendo quando preciso e sou atendida, mas uso o SUS quando preciso e sempre fui bem atendida".

ASP13: "Vou no posto de saúde (SUS), é muito bom, sempre que preciso sou bem atendida. Não tenho plano de saúde, todos os locais a gente têm que esperar até no particular."

No primeiro momento a percepção desses profissionais expressa que não há diferença na qualidade dos serviços, sejam eles públicos ou privados. Fadel e Filho⁴⁵, abordam que a qualidade dos serviços oferecidos pode ser percebida pelos usuários

por meio de componentes compreensíveis e incompreensíveis. Os compreensíveis são aqueles que o usuário vê, referindo-se à estrutura/aparência física do local, e os incompreensíveis são aqueles que o usuário sente, como por exemplo, a empatia e gentileza geradas entre equipe/usuário. A palavra usuário está muito atrelada a ideia de mercantilização que é o que de alguma forma queremos desconstruir no sistema de saúde.

A assistência efetiva e bom atendimento da necessidade do usuário são os fatores que refletem a percepção positiva do usuário e são elementos importantes no cuidado prestado, indo além das dimensões econômicas, culturais e funcionais da oferta do serviço^{35,46}.

A fragilidade estrutural do sistema público de saúde pode estar relacionada com a falta de um sistema de gestão eficiente desse patrimônio que afeta o desenvolvimento das políticas de saúde, observando-se na mídia inúmeras divulgações sobre equipamentos não instalados devido à infraestrutura inadequada que afetam diretamente o acesso do paciente aos serviços do SUS⁴⁷.

ASP14: “a diferença é que no privado o local é mais arrumado, limpo e os profissionais mais atenciosos”

ASP3: “Eu gosto dos hospitais particulares, porque tem organização, um ambiente bonito e sou tratada com educação por quem me atende”

Refletir na operacionalidade dos serviços sobre a dignidade humana⁴⁸ é preservar a humanização no serviço, a atenção integral e a aproximação da equipe/usuário, possibilitando o julgamento da real necessidade de atendimento e os caminhos que serão fortalecedores para a escuta qualificada e o estreitamento do vínculo⁴⁹.

A humanização tem uma dimensão da ambiência e da relação entre profissional/usuário, ações como valorização do profissional e pelo reconhecimento dos direitos do usuário. A Política Nacional de Humanização (PNH) aborda práticas do fazer o trabalho em saúde que valorizem o espaço, o ambiente e as relações que fortaleçam troca de saberes entre usuário e profissional⁵⁰.

O primeiro contato do usuário e a resposta do serviço de saúde estabelecem as responsabilidades da equipe de saúde e ações⁵¹, entretanto necessita-se que haja vínculo entre equipe/usuário para que a comunicação seja compreendida por todos. O acolhimento da equipe ao usuário cria vínculo de confiança, troca de saberes científico e empírico que pode garantir uma atenção mais integral⁵², portanto empatia, acessibilidade ao serviço e seu seguimento na rede de serviços caso necessário⁵³, são estratégias que aumentam a satisfação do usuário com o serviço.

Implicações que acontecem desde o momento em o usuário é recepcionado até o momento do atendimento com a equipe da saúde são importantes para estabelecer vínculo^{54,55}. Moimaz et al.⁵⁴, acrescenta que somente gentileza no acolhimento não é o fator essencial, a escuta ativa e qualificada é que constrói a confiança no serviço de saúde.

Vale salientar que qualquer instituição de serviços de saúde está sujeita a falhas, porém a análise reflexiva rotineira de seus processos pode garantir a qualidade do serviço prestado⁵⁶. São exemplos que diminuí em a qualidade: a falta de segurança da equipe, limpeza e conforto do ambiente⁴⁸, porém, sabe-se que quando ocorre o aperfeiçoamento contínuo de tais fatores estimula a satisfação do usuário⁵⁷.

Em específico nesse estudo, os ASP, apresentam no discurso a precariedade do serviço, a relação profissional-usuário e os recursos materiais disponíveis como pontos que necessitam melhorar para a qualidade no serviço.

ASP16: "É médio, porque as vezes você precisa de algo e falta, mas não por culpa dos profissionais, e sim do governo."

ASP7: "Uso o SUS porque algumas coisas ficam caras pelo meu plano, quando tenho que pagar a coparticipação, então eu faço algumas coisas no SUS, sim..."

ASP3: "Tenho plano de saúde e é longa a espera."

Em 2003, 24,8% da população fazia uso do sistema privado de saúde⁵⁸, em 2020, 24,25% são cobertos por planos de saúde⁵⁹, mostrando que ainda uma grande parcela da população, mesmo que trabalhadora tem o SUS como sendo seu sistema de saúde. Entretanto, no aspecto organizacional do SUS pode-se dizer que a estrutura

do sistema de saúde brasileiro tornou-se misto, uma vez que o setor público e o setor privado coexistem em prol da demanda, financiamento e na utilização do serviço de saúde²⁵.

Queixas relacionados a exames, espera no atendimento, demora excessiva devido a superlotação, são identificados no SUS, porém grande parcela da população acredita que os problemas e necessidades estão sendo resolvidos no SUS⁵⁴.

Apesar de não ter sido explicitado pelos participantes o acesso à serviços de alta complexidade hospitalar, o enfoque ter sido a serviços ambulatoriais de média complexidade, prevalece no SUS acesso de população que possui cobertura de seguro saúde, em grande parte trabalhadores. Entre os principais serviços destacam-se hemodiálise, quimioterapias, radioterapias e hemoterapia⁵⁸.

Assim, há nas responsabilidades dos gestores em saúde intenso debate acerca da forma de financiamento, da capacidade do sistema de saúde em conhecer o seu público⁶⁰, além dos desafios estabelecidos na relação público-privada do sistema de saúde brasileiro.

Entretanto, desigualdades na oferta e na utilização de serviços em prol da população com plano de saúde e as que dependem exclusivamente do SUS apresentam peculiar inserção do setor suplementar nos serviços de saúde do SUS, característica de oferta duplicada ou complementar o que faz aumentar as desigualdades⁶¹.

É importante contextualizar que em aspectos de agravo ou condição de exposição laboral no contexto penitenciário os programas de atenção no SUS são fundamentais para a garantia do acesso a diagnose e tratamento. A exemplo, vacinação, procedimentos especializados, programas de tuberculose, HIV/AIDS e outras infecções relacionados à saúde, entre outros aspectos que dizem respeito as ações de vigilância em saúde²⁵.

Percebe-se despreparo em municípios para assumir a implementação dos programas e ações planejadas, por falta de planejamento das ações pelos gestores que deixam lacuna que interfere na organização e eficiência do serviço prestado³⁰.

No campo de apoio ao trabalhador que atua no ambiente prisional há relatos de percepção da degradação no apoio dos serviços de saúde e dificuldade de percepção das relações de trabalho e do contexto de impacto de alternativas que auxiliem melhorar o ambiente de trabalho¹⁶.

4 - CONCLUSÃO

O perfil dos profissionais da cadeia pública feminina apresenta um predomínio de população jovem, em sua grande maioria mulheres, alto nível de instrução e renda mensal média, o que pode influenciar na baixa procura pelo Sistema Único de Saúde.

Limitações no acesso e baixo uso do SUS foram abordados nos achados desse estudo. Para esses participantes as queixas quanto a qualidade, o tempo de resposta e a escolha pelo tipo de serviço são elementos que configuram o acesso. A ambiência e o acolhimento foram elementos que contam para a satisfação.

Esse estudo teve como objeto o tipo de acesso de ASP a serviços de saúde, por meio público ou privado, contudo limita-se a não ter explorado características laborais do ambiente de trabalho e os agravos que podem potencializar a ida ao serviço de saúde e também a escolha do serviço, ações que são influenciadoras pela própria rede de atenção à saúde e disponibilidade de recursos humanos.

A ausência na fala dos participantes de rede de atenção aos seus problemas, políticas e responsabilidades do ente empregador, pode ser achados que precisam de maior investigação para compreender o quanto essas informações, essenciais na construção do espaço de garantia do direito à saúde e dos princípios constitucionais do SUS, perfazem no diálogo desses profissionais.

Porém, reconhece na literatura limites e desafios no campo da PNSS e a necessidade emergente de diálogo interministerial para superar lacunas de promoção e prevenção no intuito de garantir ações na vigilância de saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ronald A, Newman, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 1973; 51 (1): 95-124.
- 2 - Araújo JS, Xavier MP. The concept of health and models of assistance: considerations and prospects in change. *Rev. Saúde em Foco*. 2014; 1 (1): 137-149.
- 3 - Cordeiro HÁ. Saúde: concepções e políticas públicas O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. IN: AMÂNCIO FILHO, A., and. MOREIRA, MCGB. ORGS. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

- 4 - Brasil. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 [internet] [acessado 2017 Maio 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>.
- 5 - Cunha ABO, Silva, LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010; 26 (4)725-737.
- 6 - Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L. *et al.* (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2008, p. 215-243.
- 7 - Goddard M., Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, Oxford, 2001; 53 (9): 1149-1162.
- 8 – INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações penitenciárias. Brasília: Ministério da Justiça e segurança Pública, 2017.
- 9 - Lourenço LC. Batendo a tranca: impactos do encarceramento em agentes penitenciários da Região Metropolitana de Belo Horizonte. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. 2010; 3 (10): 11-31.
- 10 - Moraes PRB. A identidade e o papel de agentes penitenciários. Tempo Social, Rev. de Sociologia da USP, 2013; 25 (1): 131-147.
- 11 – Brasil. Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 12 - Brasil. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 13 - Tschiedel RM, Monteiro JK. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. Estudos de Psicologia. 2013; 18 (3): 527-535.
- 14 - Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68 (2): 235-243.
- 15 - Greco PBT, Magnano TSBS, Beck CLC, Urbanetto JS, Prochnow A. [Job stress in agents at the socio-educational service centers in the state of Rio Grande do Sul]. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2013.
- 16 - Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(2): 235-243.
- 17 - Costa BM, Guércio NMS, Costa HFC, Oliveira MME, Alves MJM. Possível relação entre estresse ocupacional e síndrome metabólica. HU Rev. 2011.

18 - Metring RA. Pesquisas científicas: Planejamento para iniciantes. Curitiba: Juruá, 2009; 55-89.

19 - IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015 [internet] [acesso 2016 Dezembro 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/>

20 - Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisa qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011; 27(2):389-394.

21 - Bardin L. Análise de Conteúdo. 70 ed. Lisboa; 2010.

22 - Sousa RF. Religiosidade no Brasil. Estudos Avançados. 2013; 27 (79):285-288.

23 - Thiede M, McIntyre D. Information, communication, and equitable access to health care. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24 (5):1168-1173.

24 - Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, *et al.* Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. PLOS Medicine, Cambridge, 2007; 4 (10):1584-1588.

25 - Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013; 4 (1): 73-131.

26 - Souza PC, Scatena JHG. Satisfação do usuário da assistência hospitalar no *mix* público-privado dos municípios do estado de Mato Grosso. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, 2014; 15 (3): 30-41.

27 - Minayo-Gomez CM. Produção de conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. Cien Saude Colet 2011; 16 (8): 3361-3368.

28 - Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. Saúde Soc. São Paulo, 2014; 23 (3): 855-868.

29 – Gomez CM, Vasconcellos LCFM, Jorge MH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23 (6): 1963-1970.

- 30 - Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Percepção dos Usuários Sobre os Serviços de Saúde Pública no Brasil: Revisão Integrativa. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12 (n. esp.):1066-73.
- 31 – Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973.
- 32 - Penchansky R. The concept of access, a Definition. National Health Planning Information Center, Bureau of Health Planning Resources Development, Department of Health, Education and Welfare, 1977.
- 33 – Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, Oct. 1987.
- 34 – Abelha MC, Gonçalves AA, Pitassi C. Os indicadores de desempenho na gestão de operações da saúde suplementar. Revista Vianna Sapiens, 2017; 2 (2): 21.
- 35 - Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (1):100-10.
- 36 - Souza Josiane Calixto, Rumin Cassiano Ricardo. O serviço de atenção à saúde mental aos trabalhadores do sistema prisional. TransForm. Psicol. 2010; 3(1).
- 37 - Brasil. Modelo de Gestão para a política prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 38 - Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. Saude soc. 2014; 23(4): 1222-1234.
- 39 – Filho JMJ, Ponce TB. O papel dos agentes de recursos humanos na implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Rev. Serv. Público Brasília 2017; 68 (1) 131-156.
- 40 – Silva ENS, Andrade ET. A construção coletiva da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal: bases legais e político-sociais. In: Políticas Públicas de Saúde: Servidor Público Federal. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2016.
- 41 - Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica, v.31, n.3, p.260-268, 2012.
- 42 - Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(Suppl): 303-312.

43 - Souza ECFD, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24 (1): 100-110.

44 - Viegas ASPB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc. São Paulo*, 2015; .24 (1):100-112.

45 - Fadel MAV, Filho GIR. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *RASP — Rio de Janeiro*, 2009; 43(1):07-22.

46 - Pontes ASPM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery. Rev Enferm.* 2009; 13(3):500-7.

47 - Amorim AS, Junior VLP, Shimizu HE. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2015; 39 (105): 350-362.

48 - Souza FS, Valente GSC, Souza LMC, Santos MLSC, Santos IS, Schwartz MP. Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo. *Enfermería Global*, 2013; 31: 303-315.

49 - Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm. Brasília* 2012; 65(5): 758-66.

50 - Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas Públicas de Humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(10):3231-3242.

51 - Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(2):190-S198.

52 - Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(11):2865-2875.

53 - Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(3):541-9.

54 - Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*.2010, 20 [4]: 1419-1440.

55 - Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde

de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(4):2145-2154.

56- Furtado BMASM, Júnior JLCA. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2010;23 (2): 169-74.

57 - Júnior JAB, Viturill DW, Versalli GLGS, Furuya OS, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2015; 23(1)82-7.

58 - Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(4):895-910.

59 – Brasil. DATASUS: Agencia nacional de saúde suplementar. Brasília, 2020.

60 - Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011.

61 - Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(5):1431-1440.