

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SÁUDE PÚBLICA

ANDRESSA ARISTIDES DA SILVA
MARCIO VINICIUS CAMPOS BORGES
WALQUÍRIA DE LOURDES COSTA

AVALIAÇÃO DO ACESSO DE USUÁRIOS À UNIDADE DE SAÚDE EM SÃO LUÍS – MA

São Luís
2011

**ANDRESSA ARISTIDES DA SILVA
MARCIO VINICIUS CAMPOS BORGES
WALQUÍRIA DE LOURDES COSTA**

AVALIAÇÃO DO ACESSO DE USUÁRIOS À UNIDADE DE SAÚDE EM SÃO LUÍS – MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da LABORO EXCECELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO - Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2011

Silva, Andressa Aristides da

Avaliação do acesso de usuários à unidade de saúde em São Luís - MA. Andressa Aristides da Silva; Marcio Vinicius Campos Borges; Walquíria de Lourdes Costa. - São Luís, 2011.

27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública e Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Saúde pública. 2. Unidade de saúde. 3. Usuário. I. Título.

CDU 614.2

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 Geral	9
2.2 Específicos	9
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
5 CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS ..	15
ANEXOS.....	17
APÊNDICES	21

RESUMO

O objetivo deste trabalho é avaliar os fatores que interferem no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Tais fatores foram agrupados em 2 (dois) grandes grupos de estudo: Barreiras Organizacionais – ligadas à estrutura e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – e Barreiras Geográficas – ligadas a interferências típicas dos usuários. Utilizou-se como referência para o estudo a Unidade Básica de Saúde do Bairro de Fátima, localizada em São Luís – MA. Foi interrogada a pessoa encarregada das marcações de consultas – com o objetivo de analisar as Barreiras Organizacionais e 46 pacientes que se encontravam na Unidade à espera de atendimento e se dispuseram a responder – para avaliar as Barreiras Geográficas. Os resultados apontam para diversos fatores capazes de interferir no acesso, especialmente ligados às Barreiras Organizacionais, ou seja, a organização do serviço de saúde representa o principal fator de interferência no acesso do usuário aos serviços de saúde. Dos 11 critérios analisados, apenas 1 (um) apresentou o padrão Satisfatório (alta resolutividade), 6 (seis) critérios apresentaram o padrão Intermediário (média resolutividade) e 4 (quatro), o Insatisfatório (sem resolutividade). Por outro lado, as Barreiras Geográficas não representam um papel significativo de interferência e estão mais relacionadas a particularidades de cada população.

Palavras-chaves: Saúde pública. Unidade de saúde. Usuário.

ABSTRACT

This work objectives to evaluate the factors that may interfere in access of health users to the public assistance. This factors were joined in 2 (two) groups of study: Organization Barriers – used to analyze the structure and organization of Unidades Básicas de Saúde (UBS) – and Geographic Barriers – used to analyze ordinary difficulties of the health public users as a whole. The Unidade Básica de Saúde do Bairro de Fátima, in São Luís – MA, was chosen to study. To evaluate the Organization Barriers the one who has marked the appointments was interviewed. To evaluate the Geographic Barriers 46 patients were interviewed. Results point to several reasons might block users' access to the health public assistance. Main reasons are linked to Organization Barriers: Public Health Assistance is under organized to guarantee a qualitative assistance to the users. Among 11 questions, just 1 (one) was classified as Satisfactory , 6 (six) were classified as Intermediate and 4 (four) Insatisfactory. In other hand, Geographic Barriers do not represent an important factor to interfere the users' access to the Health Public Assistance.

Keywords: Public Health. Health Center. User

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Público de Saúde (SUS), como ocorre com os sistemas de saúde de vários países europeus, orienta-se pelo princípio de acesso universal, igualitário e integral (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). A característica universal do acesso aos serviços indica que compete ao SUS atender toda a população por meio de serviços públicos, tanto através de órgãos estatais, quanto de instituições particulares conveniadas. O acesso igualitário significa que todos os cidadãos, independentemente de nível socioeconômico, gênero ou etnia, devem ser atendidos igualmente pelos serviços públicos de saúde. No que diz respeito ao acesso integral, entende-se que toda a população deve ter acesso gratuito e irrestrito a todos os níveis de assistência, desde o primário até os procedimentos terapêuticos e diagnósticos mais complexos. Embora o SUS venha buscando o aprimoramento destes aspectos, a insatisfação de usuários e de trabalhadores com os serviços é grande, sendo também evidente a baixa qualidade e resolutividade apresentadas pelo sistema, em seus diversos níveis (ESCUDER; MONTEIRO; PUPO, 2010).

O padrão de equidade no acesso varia muito entre os países e há maior equidade no acesso em países com seguro público, quando comparados aos países com sistemas estruturados com base em seguros privados (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Acesso, de acordo com o conceito de Andersen apud Garcia (2006), diz respeito à entrada no serviço de saúde e continuidade do tratamento. Abrange, portanto, não só a entrada no serviço mas o recebimento de cuidados subsequentes. Para Donabedian apud Garcia (2006), o conceito de acessibilidade se traduz na capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas (VIANA; NUNES; SANTOS, 2001).

Dentre as diversas estratégias que foram e continuam sendo utilizadas com a intenção de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a maioria são de programas que buscam a provisão de serviços de cuidados primários, uma vez que estes têm sido considerados a porta de entrada aos sistemas de saúde. Além disso, os serviços de cuidados primários à saúde têm se mostrado efetivos em reduzir as injustiças no acesso aos cuidados de saúde em

diversas populações. Dentre essas estratégias, diversos países europeus empreenderam reformas em seus sistemas de saúde com propostas substanciais de investimento no financiamento, na organização e oferta de serviços de saúde (VIEIRA, 2010).

O modelo de pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva (RAMOS; LIMA, 2003).

A principal meta de política de saúde na maioria dos países tem sido promover uma distribuição equitativa de saúde. Entretanto, os trabalhos empíricos existentes mostram que existe uma desigualdade em saúde favorável aos grupos sociais mais privilegiados. Esses resultados são observados mesmo em países desenvolvidos onde as disparidades socioeconômicas não são tão acentuadas e em países cuja oferta desses serviços é gratuita (NORONHA; ANDRADE, 2010). Segundo relatório da OMS de 2000, o Brasil ocupa a 130ª posição entre 191 países no quesito satisfação da clientela no atendimento à saúde e a 85ª posição quando o assunto é distribuição da assistência à saúde. Essa situação é difícil de justificar porque o Brasil ficou atrás de países bem menos desenvolvidos, o que foi motivo de uma séria polêmica entre representantes do governo brasileiro e a OMS (GARCIA, 2006).

Em uma pesquisa realizada em 2002 para conhecer a satisfação dos usuários do SUS, quanto às ações de saúde disponibilizadas, foi citado entre os principais problemas encontrados no SUS, a demora na fila de espera para consultas (41,3%) e para realização de exames (14,4%) (OLIVEIRA, 2009). O acesso aos serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Em estudo realizado por Travassos et al. verificou-se que a renda influenciou mais no acesso que a escolaridade. Notou-se que o local de residência afeta o acesso, que melhora com o grau de desenvolvimento econômico da região. Os residentes da região Sul e Sudeste tiveram maior acesso do que os residentes nas outras regiões. Entre 1998-2003 houve melhora no acesso em todas as regiões, com exceção da região Norte (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Apesar dos esforços feitos nos últimos anos, a disparidade entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde bucal é alta. Enquanto 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a vinte salários mínimos (ROCHA; GOES, 2008).

Viacava et al (2001 apud FAHEL; PORTUGAL; CALDEIRA, 2009), a partir de dados da PNAD 1998, observam que indivíduos com maior escolaridade, os empregados ou

os assalariados com carteira assinada e os brancos apresentam chances mais elevadas de procurar os serviços de saúde, indicando uma desigualdade social no consumo desses serviços favorável aos grupos sociais mais privilegiados. Com relação à cor/raça, através de análise da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD 2003 para o Estado de São Paulo, notou-se que a cor indica relação de vulnerabilidade para indivíduos da cor negra no acesso e utilização dos serviços de saúde (SEADE, 2010).

A Unidade de Saúde de Família (USF) pode resolver 85% a 90% dos problemas que levam os usuários e suas famílias a procurarem assistência médica, odontológica e de enfermagem, sendo que apenas 15% dos casos precisam ser encaminhados a serviços de referência, e, mesmo quando encaminhados, a equipe de saúde da família acompanha o tratamento do usuário, uma vez que ela é responsável pelo plano terapêutico deste, bem como de sua família (OLIVEIRA, 2009).

Avaliações recentes financiadas pelo PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), em diversas regiões do país, revelam que entre as dimensões avaliadas, a acessibilidade, compreendendo a localização das unidades e os dias e horários de atendimento, foi a dimensão que obteve menor satisfação por parte dos usuários. (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010 apud IBÁÑEZ et al. 2006) Ou seja, apesar de todo o progresso em andamento de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, apesar da expansão da rede ambulatorial e apesar da implantação e expansão do PSF, os usuários em sua busca por assistência de saúde, vêm mantendo sua preferência por atendimentos em pronto-socorros e hospitais (OLIVEIRA, MATTOS, SOUZA, 2009).

O avanço político-institucional proporcionado pela universalização da atenção à saúde pelo SUS – inclusive com significativos reflexos regulatórios na área privada associada ao SUS – parece que não foi suficiente para a reversão do ciclo histórico de segmentação do acesso aos serviços de saúde. Como resultado dessa segmentação, persiste a divisão entre usuários do Sistema de Saúde, com base na nova disjuntiva ricos e pobres, com importantes incidências sobre a qualidade da atenção (FAHEL; PORTUGAL; CALDEIRA, 2009).

O SUS serve como modelo de saúde para vários países, mas ainda existem lacunas que precisam ser preenchidas e uma delas é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Entender e melhorar o acesso é o primeiro passo quando se deseja respeitar os princípios estabelecidos pelo SUS de Universalidade, Equidade e Integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar os fatores que interferem no acesso ao Centro de Saúde Bairro de Fátima em São Luís – MA.

2.2 Específicos

Descrever os procedimentos de acesso aos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde;

Traçar o perfil geográfico da moradia do usuário;

Avaliar a interferência da localização da moradia do usuário no acesso à Unidade de Saúde.

3 METODOLOGIA

O Serviço de Saúde do Bairro de Fátima fica localizado em uma região caracterizada como de risco social, um lugar onde se observa um grande fluxo de pessoas carentes, propensas à marginalidade e uso de drogas. Em meio a essa condição, o Serviço de Saúde responde por uma boa clientela, inclusive oriundo de outros bairros carentes, servindo de referência para o atendimento de pessoas portadores do vírus HIV.

Para tanto, será necessário conhecer a estrutura organizacional da Unidade de Saúde e saber se a Unidade está organizada para permitir o acesso do usuário integralmente. Aos usuários caberá a tarefa de responder um questionário para avaliar questões relativas à Acessibilidade Geográfica. Com esse foco, um questionário com perguntas fixas foi utilizado no período de 1 a 20 de dezembro de 2010.

Os critérios usados para a elaboração do questionário se baseiam na Organização dos Serviços de Saúde que se desdobrou em 2 (duas) vertentes: *Barreiras Organizacionais* – Horário de funcionamento da Unidade, Sistema de marcação de consultas, Marcação de consulta por telefone, Lista de espera, Atendimento aos pacientes, Sistema de Referência, Recebe a Contra-Referência, Tempo de espera para marcar consulta, Tempo de espera entre a marcação e o atendimento, Tempo de espera para ser atendido na realização da consulta, Filas para marcação de consultas – e *Barreira Geográficas* –, Localização da Residência, Distância da residência do usuário para a USB e Existência de transporte.

Com relação às Barreiras Organizacionais, o objetivo é analisar a organização do Centro de Saúde sob a ótica do acesso e as perguntas foram respondidas pela chefia encarregada da marcação de consultas. Com relação às Barreiras Geográficas, foram entrevistados todos os usuários que estavam aguardando atendimento na UBS (46 usuários) e que se dispuseram a responder o questionário, no período de 1 a 20 de dezembro de 2011.

Para cada critério selecionado, é feita a descrição do padrão esperado que corresponderia à situação considerada como “Satisfatória”, bem como as situações consideradas como “Intermediária” e “Insatisfatória” segundo critério estabelecido por Cunha e Vieira-da-Silva (2010) que publicaram trabalho direcionado para o mesmo fim. Esses dados estão descritos no Apêndice A:

Análise de dados

A partir dos dados coletados em campo, e à luz do referencial teórico-metodológico estabelecido, faremos a sistematização dos dados e a análise dos resultados obtidos sendo representados através de gráficos e/ou tabelas.

Considerações éticas

As exigências éticas serão asseguradas conforme a Resolução 196/96 mantendo sigilo de todas as informações obtidas, respeitando cada profissional a ser entrevistado explicando os objetivos do estudo, bem como a importância da participação de cada um através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as barreiras organizacionais que dificultam o acesso à Unidade Básica de Saúde, diz-se que dos 11 critérios analisados, apenas **1** (um) apresenta o padrão **Satisfatório**, **6** (seis) critérios representam o padrão **Intermediário** e **4** (quatro) o **Insatisfatório**.

O único critério analisado que representa o padrão **Satisfatório** diz respeito à espera para ser atendido na realização da consulta, que é de menos de 1 (uma) hora.

Dentre os critérios classificados como **Intermediário**, tem-se: (1) o funcionamento da UBS em 2 turnos fixos (manhã e tarde), excetuando-se os finais de semana onde não há funcionamento; (2) marcação de consultas diárias com horário fixo, somente pelo turno da manhã; (3) marcações de consultas raramente feitas pelo telefone, somente para algumas demandas de outras unidades; (4) o tempo de espera para ser atendido após a marcação da consulta que é de 6 a 14 dias; (5) o tempo de espera para marcar as consultas que é de 1 (uma) a 2 (duas) horas; (6) o sistema de referência não é prática corriqueira, uma vez que os pacientes são encaminhados a outras instituições de saúde, sem relatório da situação por escrito e sem garantia de atendimento.

Resultados semelhantes encontrados por Cunha; Vieira-da-Silva (2010), classificando como insatisfatório o sistema de marcação de consultas em unidades de saúde estudadas. Segundo Oliveira et al (2009), em estudo similar, observaram a existência de unidades de saúde nas quais o sistema de referência acontecia frequentemente, sendo os pacientes avisados sobre a data e horário da consulta pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os resultados **Insatisfatórios** são problemas que merecem atenção especial, isso por que representam sérios problemas que precisam ser corrigidos. Assim sendo: (1) a inexistência de fila de espera para substituir os pacientes faltosos, (2) a não escuta ou priorização de pacientes, (3) não receber Contra-Referência e (4) as filas de marcação de consultas que se iniciam na madrugada são problemas sérios na organização dos serviços que podem ser melhorados ou mesmo resolvidos. Resultado semelhante foi encontrado por Cunha; Vieira-da-Silva (2010), onde observaram que o sistema de marcação de consultas revelou-se um obstáculo à utilização dos serviços. O encaminhamento dos pacientes a outros profissionais e serviços era feito através da própria solicitação do procedimento, sem garantia de atendimento. Em Ramos; Lima (2003), foram também referidas condições inadequadas de atendimento aos pacientes que se iniciavam às 7 horas da manhã.

O acolhimento não é atividade de rotina nessa unidade já que não existe escuta ou priorização de pacientes.

As barreiras geográficas são problemas inerentes à comunidade e cada usuário é detentor de condições que podem favorecer ou não sua entrada na UBS. De acordo com o Gráfico 1, dos usuários que procuram atendimento na UBS do Bairro de Fátima, 67% residem nesse mesmo local. Isso é preferível uma vez que estes não necessitam de meios de transporte particulares para chegar até ela. Resultado semelhante encontrado por Ramos; Lima (2003), quanto à forma de deslocamento dos usuários estudados, predominou a caminhada. Os 33%

restantes são oriundos de outros lugares e sua principal queixa diz respeito à ineficácia das Unidades de Saúde, instaladas nos seus bairros, em resolver os seus problemas. Este resultado se reflete claramente no Gráfico 2 e 3, onde se observa que mais de 50% dos entrevistados levam menos de 15 minutos para chegar à Unidade e mais de 60% afirmaram existir transporte de sua casa até a UBS ou estes moram próximo à Unidade e por isso, vão a pé.

Com base em Adami (1993) apud Ramos; Lima (2003), a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde não se constitui no elemento central de sua escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento.

Observa-se ainda, que 74% dos usuários disseram não ter qualquer dificuldade para chegar à UBS, enquanto que 26% falaram sobre os mais diversos problemas, que vão desde problemas econômicos e de saúde, dificuldade na marcação de consultas, bem como atendimento profissional e violência bairro. (Gráfico 4).

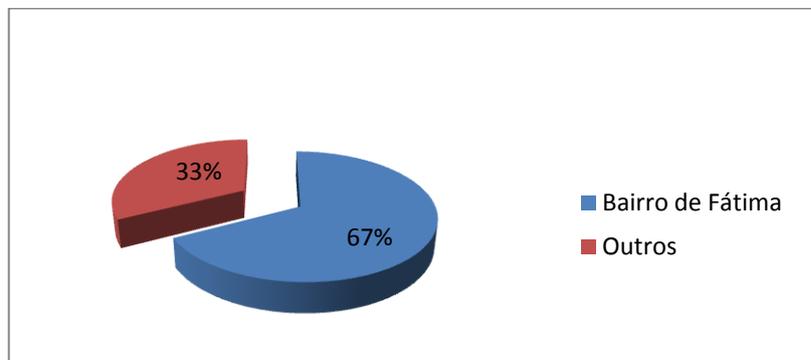


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 46 usuários de acordo com a localização da residência. Unidade Básica de Saúde do Bairro de Fátima. São Luis – MA, 2011.

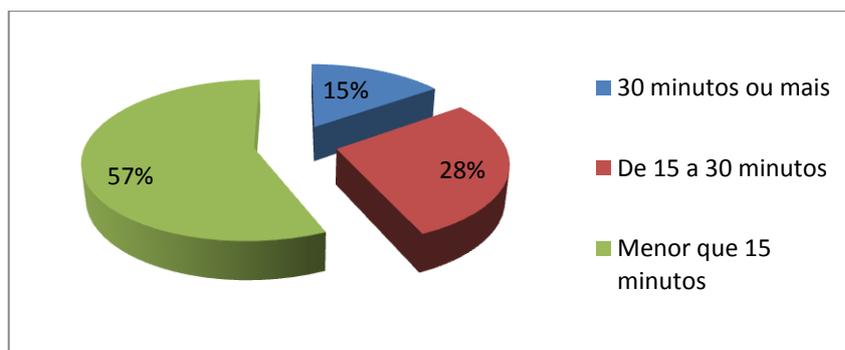


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 46 usuários de acordo com a distância da residência até a UBS. Unidade Básica de Saúde do Bairro de Fátima. São Luis – MA, 2011.

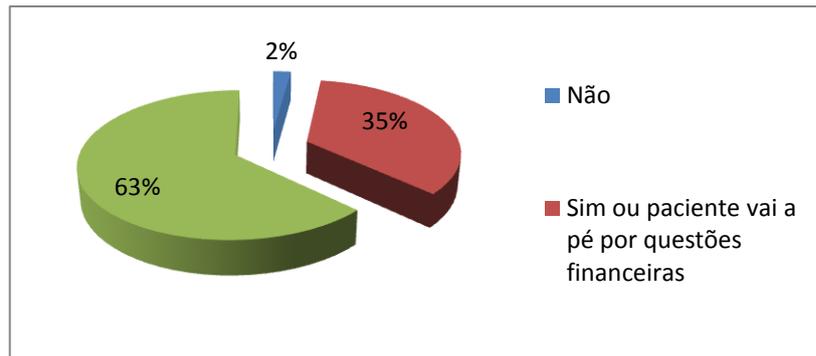


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 46 usuários de acordo com a existência de transporte. Unidade Básica de Saúde do Bairro de Fátima. São Luis – MA, 2011.

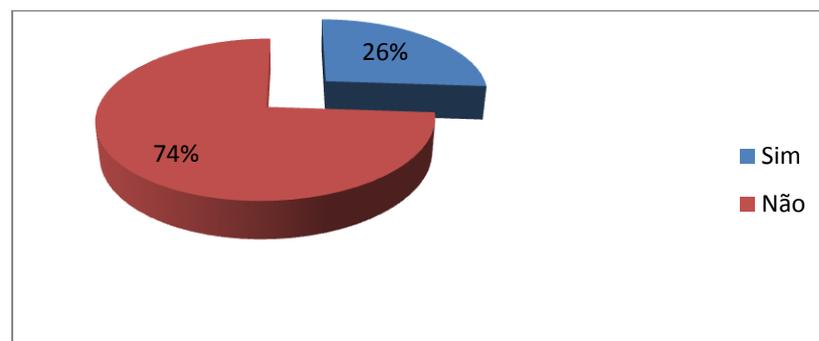


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 46 usuários de acordo com a dificuldade para chegar à UBS. Unidade Básica de Saúde do Bairro de Fátima. São Luis – MA, 2011.

6 CONCLUSÃO

a) de acordo com as barreiras organizacionais que dificultam o acesso à Unidade Básica de Saúde, diz-se que dos 11 critérios analisados, apenas **1** (um) apresenta o padrão **Satisfatório**, **6** (seis) critérios representam o padrão **Intermediário** e **4** (quatro) o **Insatisfatório**.

b) a organização da UBS do Bairro de Fátima apresenta apenas 1 (um) critério classificado como **Satisfatório**, a espera para atendimento na realização das consultas, que é de menos de 1 (uma) hora;

c) mais de 50% dos usuários mora próximo à UBS e por isso, a forma de deslocamento desses usuários é a caminhada;

d) mais da metade dos usuários afirmaram não ter qualquer dificuldade para chegar à UBS.

REFERÊNCIAS

- CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2010.
- ESCUDEIR, Maria Mercedes Loureiro; MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; PUPO, Lígia Riveiro. **Acesso aos serviços de saúde em municípios da baixada santista**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2010.
- FAHEL, M. C. X.; PORTUGAL, Carolina; CALDEIRA, Eduardo. **Desigualdades em saúde no Brasil: análise do acesso aos serviços de saúde entre o período de 1998 e 2003**. Rio de Janeiro, 2009.
- GARCIA, Maria Cecília et al. Equidade no acesso ao atendimento em serviços de saúde. **Rev. Fac. Ciência Méd.** Sorocaba, v. 8, n. 3, p. 9-16, 2006.
- NORONHA, Kenya V. M. de Souza; ANDRADE, Monica Viegas. **Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região Sudeste do Brasil**. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 10., 2010. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminário/seminario>. Acesso em 20 dez. 2010.
- OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Rubem Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.5, p. 1929-1938, 2009.
- OLIVEIRA, Michele Mandagará et al. Acesso aos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p. 30-6, jan./mar. 2009.
- RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-34, jan.-fev. 2003.

ROCHA, Renata de Andrade Cardoso Pinto; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, dez. 2008.

SEADE. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: quesito raça/cor indica relação de vulnerabilidade da população negra no acesso e utilização dos serviços de saúde. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/idr/download/saude.pdf. Acesso em: 20 ago. 2010.

TRAVASSOS, Cláudia; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 4, out./dez. 2006.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais** [manuscrito]. Belo Horizonte, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SÁUDE PÚBLICA

CRITÉRIO	INSATISFATÓRIO	INTERMEDIÁRIO	SATISFATÓRIO
A USB funciona em quantos turnos	1 turno	2 turnos	2 turnos ininterruptamente ou 3 turnos
Sistema de marcação de consultas	Marcação de 1 a 3 dias com horário fixo	Marcação diária com horário fixo (manhã ou tarde)	Marcação diária sem horário fixo para a demanda espontânea, através de grupos e/ou através do ACS
Marcação de consultas por telefone	Não faz marcação de consulta por telefone	Faz marcação de consulta apenas para alguns procedimentos ou apenas para demandas de outras Unidades de Saúde	Faz marcação para todos os serviços e programas feitos pelos usuários
Lista de Espera	Não há substituição dos pacientes faltosos	Substituição dos pacientes faltosos sem sistematização dessa rotina	A lista de espera existe e a substituição do paciente faltoso é feita de forma sistemática
Atendimento aos pacientes	Não é realizada nenhuma escuta ou priorização de pacientes	A escuta é realizada por profissional de nível médio, listando casos para subsidiar a triagem da demanda espontânea por profissionais de	O acolhimento da demanda espontânea e do usuário é feita por pessoal de nível superior, elegendo-se as prioridades,

		nível superior	orientando e encaminhando os demais pacientes
Sistema de Referência	Não existe rotina para o encaminhamento de pacientes entre o serviço básico e o especializado	O encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde é feito através de guia de solicitação de consulta especializada ou exame, sem relatório da situação por escrito	O encaminhamento dos pacientes entre os serviços é feito por relatório, por escrito, em formulário próprio, para qualquer especialidade com a garantia de atendimento solicitado
Recebe a Contra-Referência	O retorno de informações para o profissional da unidade de origem não é realizado	O retorno de informações para o profissional da unidade de origem se dá pelo próprio paciente	O retorno de informações é feito através de ficha de contra-referência para o profissional de origem
Tempo de espera para marcar consulta	Mais de 2 horas	De uma hora a duas horas	Menos de uma hora
Tempo de espera entre a marcação e o atendimento	Mais de 14 dias	Entre 6 e 14 dias	Até 5 dias
Tempo de espera para ser atendido na realização da consulta	Mais de 3 horas	De uma hora e meia a 3 horas	Menos de 1 hora e meia
Filas para marcação de consultas	Existem filas que se iniciam na madrugada	Existem filas que se iniciam a partir das 7 da manhã e com duração de 1 e 3 horas	Não há filas

Distância da residência do usuário para a USB	Tempo de marcha acima de 30'	Tempo de marcha entre 15' e 30'	Tempo de marcha menor que 15'
Existência de transporte	Não existe transporte da residência para a USB	Existe transporte mas o paciente vai a pé devido a questões financeiras e anda menos que 30'	Existe transporte ou paciente mora próximo à unidade e anda menos que 15'

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SÁUDE PÚBLICA
QUESTIONÁRIO 1

Estas perguntas devem ser respondidas pela pessoa responsável por marcar as consultas

Conhecendo a estrutura organizacional do Serviço de Saúde:

- 1) A UBS funciona em quantos turnos:
 1 turno 2 turnos 2 turnos ininterruptamente ou 3 turnos
- 2) Sistema de marcação de consultas:
 Marcação de 1 a 3 dias com horário fixo
 Marcação diária com horário fixo (manhã ou tarde)
 Marcação diária sem horário fixo para a demanda espontânea, através de grupos e/ou através do ACS
- 3) Marcação de consultas por telefone:
 Não faz marcação de consulta por telefone
 Faz marcação de consulta apenas para alguns procedimentos ou apenas para demandas de outras Unidades de Saúde
 Faz marcação para todos os serviços e programas feitos pelos usuários
- 4) Lista de Espera:
 Não há substituição dos pacientes faltosos
 Há substituição dos pacientes faltosos sem sistematização dessa rotina
 A lista de espera existe e a substituição do paciente faltoso é feita de forma sistemática
- 5) Atendimento aos pacientes:
 Não é realizada nenhuma escuta ou priorização de pacientes
 A escuta é realizada por profissional de nível médio, listando casos para subsidiar a triagem da demanda espontânea por profissionais de nível superior
 O acolhimento da demanda espontânea e do usuário é feita por pessoal de nível superior, elegendo-se as prioridades, orientando e encaminhando os demais pacientes
- 6) Sistema de Referência:
 Não existe rotina para o encaminhamento de pacientes entre o serviço básico e o especializado

- O encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde é feito através de guia de solicitação de consulta especializada ou exame, sem relatório da situação por escrito
- O encaminhamento dos pacientes entre os serviços é feito por relatório, por escrito, em formulário próprio, para qualquer especialidade com a garantia de atendimento solicitado
- 7) Recebe a Contra-Referência:
- O retorno de informações para o profissional da unidade de origem não é realizado
- O retorno de informações para o profissional da unidade de origem se dá pelo próprio paciente
- O retorno de informações é feito através de ficha de contra-referência para o profissional de origem
- 8) Tempo de espera para marcar consulta:
- Mais de 2 horas De uma hora a duas horas Menos de uma hora
- 9) Tempo de espera entre a marcação e o atendimento:
- Mais de 14 dias Entre 6 e 14 dias Até 5 dias
- 10) Tempo de espera para ser atendido na realização da consulta:
- Mais de 3 horas De uma hora e meia a 3 horas Menos de 1 hora e meia
- 11) Filas para marcação de consultas:
- Existem filas que se iniciam na madrugada
- Existem filas que se iniciam a partir das 7 da manhã e com duração de 1 e 3 horas
- Não há filas

APÊNDICE B– Instrumento de Coleta de Dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SÁUDE PÚBLICA
QUESTIONÁRIO 2

Questões a serem respondidas pelo usuário

Conhecendo as barreiras geográficas do usuário de saúde:

- 1) Localização da Residência (Bairro, Localidade, Povoado, etc.):

- 2) O Sr./Sr^a tem dificuldade de chegar ao Centro de Saúde?

() Sim () Não

Explique: _____

- 3) Distância da residência do usuário para a USB:

- () Tempo de marcha acima de 30'
() Tempo de marcha entre 15' e 30'
() Tempo de marcha menor que 15'

- 4) Existência de transporte:

- () Não existe transporte da residência para a USB
() Existe transporte mas o paciente vai a pé devido a questões financeiras e anda menos que 30'
() Existe transporte ou paciente mora próximo à unidade e anda menos que 15'

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SÁUDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

End: Rua Cinza, 21, condomínio Costa do Sauipe – Alto do Calhau

e-mail: acamemico@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Ana Luisa Gomes Ares, Kátia Eline dos Reis Mendonça.

AVALIAÇÃO DO ACESSO DE USUÁRIOS À UNIDADE DE SAÚDE EM SÃO LUÍS – MA

Prezado(a) Sr(a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito do acesso dos usuários ao Centro de Saúde Bairro de Fátima. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o Sr/Sr^a que ajudarão a conhecer as interferências no acesso a este Centro de Saúde. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr/Sr^a quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. Você poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido(a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre minha moradia apenas para estudo e avaliação. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Centro de Saúde Bairro de Fátima

Rua Ademar de Barros, S/N, Bairro de Fátima, CEP – 65030-030