

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**LEONARDO BERTOLDO
PAULA DE MORAES FRASSETTO**

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DEMANDA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
JARDIM CASCATAS, PORTO ALEGRE-RS**

Porto Alegre
2010

LEONARDO BERTOLDO
PAULA DE MORAES FRASSETTO

ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DEMANDA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
JARDIM CASCATÁ, PORTO ALEGRE-RS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadores:

Prof^ª. Me. Vânia Maria Aita de Lemos, CD

Esp. Vinícius Antério Graff, CD

Porto Alegre
2010

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram para a reflexão e realização deste trabalho:

Às nossas famílias;

Aos amigos, namorado, colegas e todos aqueles com quem convivemos rotineiramente;

Aos nossos orientadores Vânia e Vinícius;

À equipe da ESF Jardim Cascata;

À Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal;

Aos usuários que aceitaram participar dessa pesquisa;

Às bibliotecárias;

Às professoras da Saúde Coletiva.

RESUMO

Este estudo analisou a demanda dos usuários que procuraram a ESF Jardim Cascata, localizada no município de Porto Alegre-RS, no período de 07 a 11 de junho de 2010. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista semi-estruturada e a amostra totalizou 352 usuários voluntários. Em relação ao sexo, as mulheres corresponderam a 67,04% dos atendimentos. Quanto à faixa etária, 26,9% tinham entre 20 e 39 anos e a média de idade foi de 35 anos. Os aposentados representaram a ocupação mais freqüente (16,47%). O dia da semana onde houve maior demanda foi sexta-feira e, no turno da manhã, houve maior procura por atendimento do que na tarde. Os usuários adscritos à micro área 2 da equipe I foram os que mais acessaram o serviço. As três principais razões pelas quais os usuários procuraram a Unidade de Saúde foram o pronto-atendimento em saúde (31,540%), consultas agendadas (17,92%) e para retirar medicamento (15,34%) . Os resultados encontrados servem como base para a gestão e planejamento do serviço de saúde pesquisado. No futuro, sugere-se um estudo mais detalhado da demanda espontânea da ESF Jardim Cascata.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study analysed the demand of the population who sought for medical attention in the Jardim Cascata Family Health Strategies Primary Unit, established in the city of Porto Alegre – Rio Grande do Sul, during the period from June 7th to the 11th, 2010. The instrument for data collection was a semi-structured interview. The sample summed up 352 clientele volunteers. In relation to gender, women were responsible for 67.04% of the provided services. Age wise, 26.9% were from 20 to 39 years old, with the average being 35 years old. The retired population represented the most frequent occupation (16.47%). The week day with the most demand was Friday, and there was more search for service in the morning than in the afternoon. The users belonging to Team I's micro area 2 were the ones who most accessed the services. The three main reasons for seeking the Health Care Unit were the prompt assistance for health services (31.54%), schedule appointments (17.92%) and to withdraw free medication (15.34%). The found results serve as a base for the management and planning of the researched health service. In the future, it's suggested a more detailed study of Jardim Cascata Family Health Strategies Primary Unit's spontaneous demand, for planning and scheduling.

Key Words: Health services needs and demand. Primary health care. Family Health Program

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
4 METODOLOGIA.....	14
4.1 DELINEAMENTO.....	14
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	14
4.3 AMOSTRA.....	14
4.3.1 <u>Critérios de Inclusão e de exclusão dos sujeitos da amostra.....</u>	14
4.4 COLETA DE DADOS.....	15
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	15
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	15
5 RESULTADOS.....	17
6 DISCUSSÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICE A – Entrevista Semi-Estruturada.....	31

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....32

APÊNDICE C- Sistema de Funcionamento e Composição das Equipes ESF Jardim Cascata I e II, Porto Alegre, RS.....34

ANEXO A- Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....35

ANEXO B- Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.....36

1 INTRODUÇÃO

A questão da saúde tem sido tratada de diferentes modos no decorrer da história. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, no ano de 1988, juntamente com a Constituição Federal Brasileira, trouxe um grande avanço na política de saúde pública nacional, ao provar um modelo assistencial baseado nos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (CHIAPINOTTO; FAIT; JÚNIOR, 2007).

Situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, está a Atenção Primária em Saúde (APS), sendo esta um conjunto de ações, individuais ou coletivas, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 1999). A APS, portanto, é a porta de entrada dos usuários no SUS e, a partir dela, as pessoas serão acolhidas, suas necessidades assistidas e encaminhadas para centros de referência, se assim for necessário.

Com vistas à melhor organização da APS, denominada no Brasil de Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual busca a promoção de saúde dirigida ao indivíduo, à família e à comunidade, rompendo com o antigo sistema de saúde que se baseava no assistencialismo, na educação sanitária e pela prática técnico-biologicista. Essa nova configuração, além de uma mudança estrutural, desenvolve um novo processo de trabalho voltado para a ética humana e vinculada à cidadania (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Como elemento básico para propor e adequar a oferta de ações e serviços às comunidades é necessário que as Unidades de Saúde conheçam o perfil da demanda por serviços, para que os princípios do SUS sejam assegurados a todos. Além disso, conhecer o espaço em que a Unidade está inserida permite direcionar ações em saúde para melhor atender essa demanda (REZENDE; PEIXOTO, 2007).

As demandas singulares de cada comunidade são um constante desafio para desenvolver a habilidade de diagnóstico precoce e identificar estratégias de intervenções coletivas e individuais que se caracterizem como efetivas, e tanto quanto possível incorporando a cultura no manejo das condições daquela população (STEIN, 2007).

A ESF Jardim Cascata, localizada no bairro Cascata, na cidade de Porto Alegre, RS, foi implantada no ano de 1996 e é responsável por 1696 famílias cadastradas, com 2 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal. Os atendimentos acontecem na parte da manhã e da tarde (8 às 12 horas e das 13 às 17 horas). Antes de sua criação, já funcionava no bairro uma Unidade de Saúde, desde o início da década de 90. No entanto, nenhum estudo de diagnóstico foi realizado anteriormente pela gestão da mesma (GRALHA; MORAIS, 2007).

Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo estudar a demanda da ESF Jardim Cascata, a fim de melhor conhecer o perfil sócio-demográfico de uma parcela da população adscrita na ESF Jardim Cascata, buscando identificar as razões que a leva a procurar o Serviço. Além disso, servirá como ferramenta para o planejamento da organização da futura demanda da ESF, possibilitando ações de reorganização do serviço em consonância com os princípios do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL: Conhecer o perfil sócio-demográfico de uma parcela da população adscrita na ESF Jardim Cascata, buscando identificar as razões que a leva a procurar o Serviço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Identificar a idade, o sexo e a ocupação dos indivíduos pesquisados;
- b) Verificar a frequência de demanda no acolhimento, por dia de semana e turno, durante o período do estudo, identificando as micro áreas de origem dos usuários;
- c) Identificar quais as razões mais frequentes pelas quais os usuários procuram o Serviço de Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (BRASIL, 2009).

Este sistema de saúde caracteriza-se por três princípios doutrinários fundamentais: universalidade, que é a garantia de acesso à saúde a toda população, independente de raça, renda, ocupação ou outras características sociais; equidade, que é a idéia de igual acesso para igual necessidade e considera que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamentos diferenciados; e integralidade, princípio que trata a pessoa considerando-a como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, sendo relevante para tanto a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (MUNERATO; LEMOS, 2008).

Implementar um modelo de atenção básica em saúde voltado para responder as necessidades de saúde dos diferentes sujeitos que constituem uma população, no Sistema Único de Saúde brasileiro, não é simples. A atenção deve se pautar na sua saúde, e não somente na assistência às doenças, devendo coexistir ações que busquem minimizar as causas das doenças, os riscos de diferentes ordens e tratar os danos. Portanto, deve integrar ações de promoção, proteção, recuperação e manutenção (SILVEIRA FILHO, 2008).

Os estudos de demanda servem basicamente a quatro objetivos: avaliar a qualidade dos registros em prontuário; verificar a adesão do serviço às normas preconizadas; avaliar o próprio serviço, na medida em que a qualidade dos registros permita; e, finalmente, inferir a respeito da população de origem da clientela assistida (CARVALHO et al., 1994).

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família). A partir desse primeiro

atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas) (MORAES et al., 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pela prática técnico-biológica, pelo individualismo, e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Desta forma, a ESF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994).

Em outubro de 2000, foram incluídas, nas Equipes de Saúde de Família, Equipes de Saúde bucal para reduzir os índices epidemiológicos e melhorar o acesso aos serviços para a população. Durante muito tempo, a atenção odontológica baseava-se mais nas atividades individuais e curativas; porém, a Odontologia vem tornando-se mais humanizada, juntamente com diferentes profissões de outras áreas da saúde, voltando-se para as necessidades reais sentidas pelos usuários dos serviços, de forma estrategicamente planejada, conjuntamente com ações no sentido da promoção de saúde e prevenção de agravos (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se, através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997).

Em função disso, segundo Radaelli et al. (1990), conhecer a demanda ambulatorial na rede pública tornou-se tarefa necessária, tanto para a avaliação de serviços como para a orientação dos que trabalham com gerência, programação e planejamento em saúde.

A demanda por um bem ou serviços pode ser definida como:

“Quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias” (PIOLA; VIANNA, 2002, p.99).

Oferta e demanda são compreendidas não só como parte de uma relação restrita entre prestador e usuários, mas também, de acordo com Pinheiro (2001), como ações que se dão no dia-a-dia dos serviços de saúde, influenciadas por questões econômicas, políticas e culturais. Extrapola, portanto, o trabalho nas unidades de saúde, que se constitui em um marcador contínuo, permitindo identificar limites, possibilidades e desafios para que sejam garantidas a integralidade e a resolubilidade nos serviços de saúde.

Segundo Travassos et al. (1997), a oferta de serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde; e demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Existe uma clara interligação entre necessidade, demanda (no sentido de desejo de se fazer uso) e utilização de um serviço de saúde. Entretanto, mesmo na ausência de necessidade pode haver demanda e utilização, e da mesma forma, pode haver demanda, sem haver utilização. “Necessidade” é um conceito técnico alheio ao indivíduo, enquanto a demanda é constituída a partir de suas preferências. A utilização, na presença ou não da necessidade, está vinculada ao desejo de consumir, apresentando-se, todavia, fortemente influenciada pelas possibilidades de consumo. Nesse caso, fica evidente a possibilidade de dissociação entre quantidade necessária de serviços médicos e quantidade demandada, bem como quantidade utilizada (PALERMO; PORTUGAL; SOUZA, 2005).

Vários são os motivos que levam à procura de um serviço de saúde, dentro eles preventivos, administrativos, doenças agudas, doenças crônicas. Além disso, aspectos inerentes nos indivíduos, serviços, sistema de saúde e profissionais sobrepõem-se para formar uma complexa cadeia causal da utilização dos serviços de saúde (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

As desigualdades no uso de serviços de saúde refletem não apenas as diferenças individuais no risco de adoecer e morrer, mas também, as diferenças no comportamento do

indivíduo perante a doença e as características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. Existe uma grande variação no consumo entre famílias, sendo que um número pequeno delas dá conta da utilização de uma significativa proporção dos serviços de saúde (TRAVASSOS, et al., 2002).

Apesar de vários estudos mostrarem maior utilização dos serviços de saúde, em geral, por pessoas com maior nível socioeconômico, questiona-se sobre o perfil de utilização das pessoas residentes em áreas cobertas pela ESF, já que uma de suas propostas é oferecer cobertura às parcelas mais pobres da população e diminuir a iniquidade nos serviços de saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

O estudo se caracteriza como exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões do fenômeno estudado, da maneira como ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi a ESF Jardim Cascata, localizada em Porto Alegre-RS, no bairro Cascata, vinculada ao Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal. É uma Unidade de Saúde integrante da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, composta por 2 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde Bucal, com cobertura total da área da Vila Jardim Cascata, sendo dividida em 8 micro-áreas. Ainda, abrange um território com 1696 famílias, com 5050 pessoas cadastradas (BRASIL, 2010). O sistema de funcionamento e a composição da equipe encontram-se como Apêndice C.

4.3 AMOSTRA

Fizeram parte do estudo usuários da ESF Jardim Cascata, cadastrados na mesma, que procuraram o Serviço no período estipulado na coleta de dados.

A amostra utilizada foi uma amostra por conveniência das pessoas que, dentro da compreensão do processo saúde-doença, entenderam-se com necessidade de atendimento e procuraram o Serviço.

O tamanho da amostra dependeu do número de usuários que procuraram o Serviço, no período de coleta de dados, durante o Estágio dos pesquisadores no Programa PET Saúde/MS/UFRGS na ESF Jardim Cascata, dentro do seu horário de funcionamento (das 8:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas). Portanto, o tamanho da amostra dependeu da demanda espontânea e dos atendimentos programados durante o período da coleta de dados.

4.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos na amostra:

Inclusão:

- os usuários que aceitaram participar do estudo e
- que tiveram condições de manter um diálogo, isto é, que possuíam capacidade de entendimento e verbalização. No caso de menores de 18 anos que

procuraram o serviço, os dados foram coletados com o auxílio do acompanhante responsável.

Exclusão:

- que não consentiram (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) ou não demonstraram interesse pela pesquisa;
- sem condições de responder, ou seja, sem capacidade de entendimento e verbalização.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), contendo dados como sexo, idade e endereço de proveniência, além dos motivos (razões) da procura do serviço naquele momento. A entrevista foi aplicada na recepção da Unidade de Saúde aos usuários que se adequaram aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Os dados foram coletados no período de 7 a 11 de junho de 2010.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com relação ao tratamento dos dados, foi elaborada uma tabela em Excel 7.0 versão Windows Office 2007 e posteriormente organizados em uma base de dados no programa Epi-Info 3.4.1, versão para Windows.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Quanto às considerações éticas, segundo as Normas de Pesquisa em Saúde este estudo foi considerado de risco mínimo (Res. 196/96). O estudo foi submetido à aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (ANEXO B), e mantido sigilo, privacidade e anonimato das informações obtidas.

A realização dessa pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, por meio do esclarecimento e assinatura da Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes foram amplamente esclarecidos a respeito da pesquisa, e só foram incluídos na amostra os participantes que autorizaram a coleta e o uso dos dados, através do entendimento e da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre a pesquisa (APÊNDICE B). No caso de pacientes analfabetos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi informado oralmente pelo entrevistador. Nos casos de pacientes menores de idade, o Termo foi lido e consentido por seu responsável legal. Além disso, foi firmado um

contrato verbal de trabalho com a equipe de saúde, a fim de garantir a realização, os espaços, a participação, a continuidade e a conclusão da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódico e/ou eventos científicos da área da Saúde Coletiva, respeitando todas as questões éticas cabíveis.

Será realizado um momento para a devolução dos resultados para os trabalhadores da equipe de saúde, para os usuários participantes do estudo e para o Controle Social, com data e hora pré-definidas no próprio local do estudo.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 352 questionários de usuários que buscaram atendimento na ESF Jardim Cascata, e aceitaram participar da pesquisa. Somente 3 indivíduos negaram-se a participar do estudo e/ou não adequaram-se aos critérios de inclusão, e não fizeram parte da amostra. Esse número representa 6,97% da população adscrita a ESF Jardim Cascata, que totaliza uma população de 5050 pessoas (SIAB, 2010).

A maioria dos usuários atendidos eram mulheres (67,04%) e, dentre elas, as de 20 a 39 anos foram as que mais buscaram o serviço. Segundo a faixa etária, a busca por atendimento se deu conforme tabela 1, onde observou-se que a faixa etária de pessoas de 20 a 39 anos foi as que buscaram mais o serviço. Aproximadamente 41% dos participantes do estudo se encontram entre 20 e 49 anos de idade e a média de idade foi de 35 anos.

Tabela 1- Distribuição dos usuários pesquisados, segundo sexo e faixa etária. ESF Jardim Cascata, POA, 2010.

Faixas etárias	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Feminino		Nº	(%)
	Nº	(%)	Nº	(%)		
<1	10	2,84	10	2,84	20	5,68
1 a 4	13	3,69	8	2,27	21	5,96
5 a 6	2	0,57	1	0,28	3	0,85
7 a 9	7	1,99	5	1,42	12	3,41
10 a 14	5	1,42	12	3,41	17	4,83
15 a 19	7	1,99	20	5,68	27	7,67
20 a 39	15	4,26	80	22,72	95	26,9
40 a 49	17	4,83	34	9,66	51	14,50
50 a 59	12	3,41	32	9,10	44	12,50
>60	28	7,96	34	9,66	62	17,61
TOTAL	116	32,96	236	67,04	352	100,00

Quanto à ocupação, 58 dos entrevistados eram aposentados, o que representa 16,47%; 56 pessoas se auto denominaram “do lar” (15,90%); 47 eram estudantes (13,35%); 44 eram pré-escolares sem ocupação (12,5%); e, 26 eram empregadas domésticas (7,38%). As demais ocupações somadas significaram 34,37%, classificadas em 56 outras categorias (serviços gerais, desempregado, autônomo, comerciante, auxiliar de limpeza, marceneiro, pintor, entre outros), conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição quanto à ocupação dos usuários pesquisados. ESF Jardim Cascata, POA, 2010.

Ocupação	Nº	(%)
Aposentado	58	16,47
"Do lar"	56	15,90
Estudante	47	13,35
Pré-escolares	44	12,50
Doméstica	26	7,38
Outros	121	34,37
TOTAL	352	100,00

De acordo com a tabela 3, os usuários residentes na área adscrita da ESF Jardim Cascata I (206) acessaram proporcionalmente mais o serviço, com 7,73% em comparação aos residentes na área adscrita da ESF Jardim Cascata II (138), com 5,78%. Oito pessoas que residem fora da área adscrita pela ESF Jardim Cascata buscaram atendimento e foram atendidas, o que significa 0,96% da amostra. Os usuários residentes na área adscrita à micro área 2 da equipe I foram os que mais buscaram o serviço de saúde, e os que menos acessaram foram os usuários da micro área 4 da equipe II. Proporcionalmente, ao comparar o número de acessos por micro área com a quantidade de pessoas que nelas residem, observou-se que 9,81% usuários da micro área 2 da equipe I acessaram o serviço de saúde enquanto os usuários da micro área que menos acessou, com 4,74%, foram os da micro área 4 da Equipe II, de acordo com a tabela 4.

Tabela 3 - Distribuição dos usuários que acessaram a Unidade no período da pesquisa, por equipe de saúde, micro área de residência e dia da semana do atendimento. ESF Jardim Cascata, POA, 2010.

Equipe de Saúde	Micro Área	Dia da Semana										TOTAL	
		SEG		TER		QUA		QUI		SEX		Nº	(%)
		Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)		
I	1	13	3,70	9	2,55	10	2,84	6	1,70	10	2,84	48	13,64
	2	11	3,12	12	3,41	5	1,42	15	4,26	21	5,96	64	18,18
	3	16	4,54	8	2,27	8	2,27	6	1,70	10	2,84	48	13,64
	4	10	2,84	8	2,27	8	2,27	7	1,99	13	3,70	46	13,07
Sub total												206	
II	1	6	1,70	4	1,14	5	1,42	6	1,70	9	2,55	30	8,52
	2	12	3,41	9	2,55	8	2,27	12	3,41	12	3,41	53	15,06
	3	10	2,34	5	1,42	6	1,70	8	2,27	6	1,70	35	9,95
	4	2	0,57	3	0,35	5	1,42	5	1,42	5	1,42	20	5,67
Sub total												138	
Fora de área	-	2	0,57	1	0,28	4	1,14	0	0	1	0,28	8	2,27
TOTAL	-	82	23,3	59	16,76	59	16,76	65	18,46	87	24,71	352	100,00

Tabela 4- Distribuição dos usuários por equipe de saúde, micro área de residência e acesso ao serviço. ESF Jardim Cascata, POA, 2010.

Equipe de Saúde	Micro Área	Nº de usuários	Acesso	
			Nº	(%)
I	1	683	48	7,02
	2	652	64	9,81
	3	692	48	6,94
	4	637	46	8,57
II	1	544	30	5,51
	2	726	53	7,30
	3	694	35	5,04
	4	422	20	4,74
TOTAL	-	5050	352	-

A maior parte dos usuários procurou o atendimento pela manhã ao invés da tarde. Na sexta-feira, ocorreu maior procura do que nos outros dias da semana, conforme a tabela 5. Considerando o turno por dia da semana mais acessado, esse foi também o da sexta-feira pela manhã. No entanto, considera-se que esta diferença percentual é pequena quando se compara com os percentuais dos outros dias. No entanto, ao considerarmos o dia da semana, o número total de usuários foi superior a 80, enquanto que nos outros três dias variou entre 59 e 65.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo o dia da semana e turno. ESF Jardim Cascata, POA, 2010.

Turno	Dia da Semana										TOTAL	
	SEG		TER		QUA		QUI		SEX			
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Manhã	40	11,36	40	11,36	36	10,26	39	11,00	48	13,63	203	57,67
Tarde	42	12,00	19	5,40	23	6,53	26	7,40	39	11,00	149	42,33
TOTAL	82	23,23	59	16,76	59	16,76	65	18,46	87	24,70	352	100,00

Dos 174 atendimentos realizados por médicos, enfermeiras e dentista durante o período do estudo, 40 pessoas foram encaminhadas para atendimento especializado, o que representa 22,98% do total de consultas. Portanto, a equipe conseguiu ser resolutiva em 77,02% dos casos.

Quanto às razões que levaram os usuários à procurarem o serviço, observou-se, na tabela 6, que 111 pessoas (31,54%) procuraram o pronto-atendimento; 63 (17,92%) tinham consulta agendada e 54 (15,34%) foram à Unidade para retirar medicamentos. Dentre as consultas marcadas, a Odontologia e a Enfermagem apresentaram o mesmo número, ou seja, 23 (6,53%) consultas, observando-se uma discreta diminuição nas consultas médicas programadas para o período, perfazendo 4,85% do total dos motivos para a procura relatados pelos usuários pesquisados.

Tabela 6 - Razões que levaram os usuários a procurarem o Serviço de Saúde conforme turno de atendimento. ESF Jardim Cascata, POA, 2010.

Razões	Turno				TOTAL		
	MANHÃ		TARDE				
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Pronto Atendimento	Medicina	51	14,50	6	1,70	57	16,20
	Enfermagem	37	10,51	5	1,42	42	11,93
	Odontologia	7	1,99	5	1,42	12	3,41
	Sub total	95	27,00	16	4,54	111	31,54
Consulta Marcada	Medicina	3	0,85	14	4,00	17	4,85
	Enfermagem	5	1,42	18	5,11	23	6,53
	Odontologia	10	2,84	13	3,70	23	6,53
	Sub total	18	5,11	45	12,81	63	17,91
Retirar medicamentos		27	7,67	27	7,67	54	15,34
Marcação de consulta		10	2,84	11	3,12	21	5,96
Retirar receita		6	1,7	13	3,7	19	5,4
Aferir pressão		9	2,55	4	1,14	13	3,69
Injeção		2	0,57	9	2,55	11	3,12
Vacina		2	0,57	6	1,7	8	2,27
HGT		8	2,27	0	0	8	2,27
Informação		5	1,42	1	0,28	6	1,7
Solicitar encaminhamento p/ consulta especializada		3	0,85	2	0,57	5	1,42
Retirar atestado		2	0,57	3	0,85	5	1,42
Curativo		3	0,85	2	0,57	5	1,42
Retirar exame		2	0,57	2	0,57	4	1,14
Solicitar exame		1	0,28	3	0,85	4	1,13
Outros		10	2,84	5	1,42	15	4,26
TOTAL		203	57,66	149	42,34	352	100

6 DISCUSSÃO

Primeiramente, houve uma mudança nos objetivos do projeto para o trabalho final devido à decisão do Comitê de Ética da UFRGS que, em seu parecer, sugeriu que os dados epidemiológicos das doenças diagnosticadas pelas médicas e enfermeiras da unidade não poderiam ser coletados, através da leitura dos prontuários de saúde dos usuários, por cirurgiões-dentistas. O parecer sugeriu “avaliando os objetivos pretendidos encontra-se no item b, “comparar as queixas clínicas dos usuários com os diagnósticos médicos, o que denota a necessidade de conhecimentos clínicos não apenas vinculados as atividades do cirurgião-dentista, mas de outros profissionais como médico e enfermeira (constantes da ficha de coleta de dados). Os orientadores proponentes são cirurgiões-dentistas, não constando a participação de médicos ou enfermeiras no rol de pesquisadores. Não existe descrição do método a ser utilizado na comparação entre queixa e diagnóstico médico. Solicita-se descrever como será realizada metodologicamente esta comparação, visto não ser da formação do CD conhecimentos para realizá-la”. Acreditamos que essa medida não seria necessária, visto que a leitura dos diagnósticos médicos nos prontuários serviria apenas como dados secundários para a pesquisa, e, em nenhum momento, seria realizado diagnóstico ou interpretação médica por parte dos cirurgiões-dentistas. Além disso, é de interesse do Coordenador da Unidade, cirurgião-dentista e um dos autores do estudo, discutir ações de planejamento através da obtenção desses dados.

O maior acesso de pessoas do sexo feminino demonstra a predominância do atendimento à mulher, possivelmente pela menor inserção desta no mercado formal de trabalho, com maior disponibilidade de tempo, além de uma possível maior e diferenciada percepção do seu processo de saúde-doença (MORAES et al., 2007). Esse resultado também está de acordo com o estudo de Capilheira e Santos (2006) e Travassos et al. (2002), onde o sexo feminino também está associado a maior utilização de serviços médicos devido a maior percepção de potenciais de risco para a saúde e mais acesso a informações do que os homens.

Observa-se que os homens consultam, na maioria das vezes, quando são crianças ou jovens, o que não acontece quando estão na faixa etária mais adulta. As mulheres, por sua vez, consultam mais na faixa etária entre 20 a 49 anos, exatamente o período que abrange a

idade reprodutiva. Portanto, segundo Pinheiro et al. (2002), a idade tende a apresentar efeito diferenciado no uso de serviços entre os sexos. Os homens consomem mais serviços do que as mulheres até os 14 anos, relação que se inverte nos grupos de idade mais elevada. O mesmo foi observado no trabalho de Nunes et al (2008).

Em relação à ocupação, os resultados apontam a predominância de aposentados e das mulheres que se denominam “do lar”, pois conseguem ter uma disponibilidade de tempo maior para procurarem atendimento. Segundo estudo de Travassos et al. (2002), mulheres sem inserção no mercado de trabalho (aposentadas e donas de casa) apresentam maiores chances de uso do serviço de saúde do que aquelas economicamente ativas por apresentarem piores condições de saúde avaliadas pela variável de morbidade utilizada. Por outro lado, o horário e a oferta de atendimento não facilitam o acesso da população adulta que trabalha ao serviço. Estes motivos, acrescidos da maior frequência de problemas de saúde, geram um novo aumento na concentração de consultas na terceira idade (CARVALHO et al. 1994).

A distribuição dos indivíduos da amostra, segundo os dias da semana, se deu de forma não-uniforme entre os dois turnos, podendo-se perceber que a procura maior ocorreu na sexta-feira pela manhã. A demanda por atendimento médico, apesar de, durante o estudo, uma das médicas estar de férias, pode ter sido pouco reprimida, pois 99,43% dos usuários foram atendidos. Segundo Carvalho (2007), uma das maiores queixas da população hoje, no atendimento público e privado, é a falta de opção para serem atendidas em suas necessidades de saúde. Intercorrências agudas, ou as crônicas agudizadas, com destaque para aquelas que não configurariam a típica urgência-emergência, que ocorrem fora do horário comercial, no qual funcionam as Unidades Básicas de Saúde e de Estratégia Saúde da Família - ESF, muitas vezes não são resolvidas em outro nível de complexidade que não seja a atenção básica.

Observou-se uma diferença significativa de quantidade de demanda nas segundas e nas sextas-feiras. Essa maior procura reflete, possivelmente, a necessidade dos usuários em utilizar o serviço depois de um final de semana em que a Unidade esteve fechada e, portanto, sem condições de atendimento. A mesma necessidade pode ocorrer com a véspera do final de semana, em que os usuários preocupados com o fechamento da Unidade procuram o serviço na sexta-feira de forma preventiva.

Há uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento. Quando o serviço de saúde é próximo à residência do usuário e a qualidade está garantida, conforme a indicação de familiares, amigos e/ou vizinhos, a opção recai sobre esse serviço. Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, identificam-se fatores determinantes da escolha que passam pela forma como o usuário é recebido, acolhido e a resolubilidade desses serviços (RAMOS e LIMA, 2003).

Traçando-se um paralelo com a localização de moradia e a micro área de procedência, verificou-se que a maior demanda dos usuários da equipe I pode ser explicada pelo maior número de pessoas cadastradas por essa equipe. Desta forma, a micro área que mais acessou o serviço foi a 2 da equipe I, provavelmente devido a proximidade dessas ruas com a Unidade. O fato da micro área 4 da equipe II apresentar a menor demanda, pode ser justificada pela dificuldade de acesso que os moradores encontram para chegar até o Unidade de Saúde, haja visto que essa microárea encontra-se no alto do morro e com caminhos tortuosos. Além disso, ela está em recente cadastramento, ou seja, o vínculo está em construção. É importante salientar o maior risco de vulnerabilidade social dos habitantes da mesma devido às precárias condições de saneamento básico e de moradia. Assim, há a necessidade de se buscar esta população para que consiga acessar o serviço de saúde. Considerando-se o acesso ou primeiro contato um dos princípios da APS e tendo relação direta com a redução da morbi-mortalidade, é preciso ampliá-lo através de ações de planejamento, que devem ser construídas tendo em vista as dificuldades encontradas.

Um dado positivo foi o relativo aos encaminhamentos, com a Unidade mostrando um percentual de resolubilidade de cerca de 80%, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde para Unidades, que servem como “porta de entrada” do sistema de saúde. Tais resultados comprovam o valor do atendimento primário a saúde como porta de entrada do cidadão ao atendimento fornecido pelo Sistema Único de Saúde, diminuindo a sobrecarga de serviços de urgência e de maior complexidade. Além disso, a postura preventiva adotada nas unidades contribui para este objetivo (PICCINI e VICTORA, 1994).

Sobre a razão da procura do serviço de saúde, constatou-se que os usuários procuram atendimento de acordo com os sintomas que podem estar causando algum desconforto, ao invés de procurar atendimento de forma preventiva, que caracteriza as consultas agendadas

(programadas) no turno da tarde. Isso pode ser explicado devido à organização do processo de trabalho da equipe de saúde, que priorizou o atendimento da demanda espontânea para as manhãs, reservando as tardes para as atividades programáticas.

Em relação à organização do processo de trabalho na Unidade de Saúde, cabe-se ressaltar que a gestão é realizada de maneira colegiada, e as decisões referentes ao funcionamento da Unidade são definidas pelo grupo de trabalhadores da equipe de saúde. Ainda, esse modo de funcionamento atende aos aspectos culturais e a vontade da comunidade (controle social).

Considerando as outras razões de procura ao serviço, a maioria consistiu em orientações sobre saúde ou renovações de receita, realizadas ou não durante o acolhimento da unidade de saúde. Somente três indivíduos procuraram a Unidade e foram embora sem ter sido propriamente atendidos. A distribuição dos atendimentos realizados nos turnos da manhã foi semelhante, no entanto, nos turnos da tarde, observou-se uma menor demanda entre as terças e quintas-feiras.

Em relação à demanda de saúde bucal da unidade, pode-se perceber que não segue o mesmo padrão de diferença de resultados por turno encontrados para a demanda de saúde geral, porque o funcionamento se dá de forma diferente: as urgências e as consultas agendadas são atendidas tanto pela manhã quanto pela tarde. Porém, o número de consultas marcadas na semana toda poderia ser maior se o cirurgião-dentista não acumulasse também a função de Coordenador da Unidade. Dessa maneira, a agenda odontológica fica reduzida para que ele realize as atividades de gestão do serviço.

Uma limitação de um estudo de demanda com este tipo de desenho é a de só conseguir detectar os principais problemas da parte da população que procura o serviço de saúde. Para se ter uma idéia das reais necessidades da população, é necessário complementar estes dados com os relativos à parcela que normalmente não procura o serviço, seja através de censos ou outras pesquisas que abordem aspectos de morbi-mortalidade. Outra questão a ser considerada foi o fato de terem sido registrados dados em apenas uma semana de atendimento da Unidade. Assim, informações sobre variações sazonais nos achados podem ter sido perdidas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser um estudo exploratório, realizado no período de apenas uma semana, observou-se pelos resultados encontrados algumas semelhanças com outros estudos de demanda realizados na atenção básica.

Entende-se que as unidades de saúde devem estar aptas a acolher e tratar de maneira resolutiva as “intercorrências do dia-a-dia” (demanda urgente), tendo claro que isto servirá para reforçar o vínculo e como forma de dar respostas às necessidades em saúde daquela população que procura a atenção, não causando, necessariamente, impacto nos indicadores de saúde da mesma.

Embora estudos de demanda sejam importantes para subsidiarem ações de planejamento e gestão de serviços de saúde, outros estudos de nível populacional devem ser realizados. Para uma mudança de perfil na população pesquisada deve-se planejar e implementar ações de promoção e prevenção em saúde, com especial atenção ao cuidado ampliado em saúde em que o acolhimento é parte fundamental.

Assim, são necessários estudos de diagnóstico em saúde na população pesquisada, e também estudos de demanda que contemplem a demanda espontânea, que se concentra na parte da manhã, na ESF Jardim Cascata. Considerando a especificidade desta demanda espontânea, poder-se-á atuar por ciclos de vida, conforme a política de atenção básica.

Pretende-se dar continuidade a esta pesquisa, buscando dados secundários nos prontuários da ESF Jardim Cascata, com a finalidade de conhecer as doenças mais prevalentes da população que procura o serviço, o que não foi possível realizar neste momento.

Por último, os resultados encontrados neste estudo trazem informações pertinentes para que a gestão da ESF pesquisada tenha condições de realizar o planejamento de suas ações, buscando alcançar a maior efetividade das mesmas, e impactar, desta forma, o cuidado em saúde da sua população adscrita.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras.** São José dos Campos, v.10, n 3, p. 53-60, jul./set., 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o SUS.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>> Acesso: 22 out 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa saúde da família: saúde dentro de casa.** Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica.** 2010. Dados disponíveis somente através da base de dados digitais localizada na Unidade ESF Jardim Cascata.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, vol. 40, n. 3, p. 436-443, jun., 2006.

CARVALHO, G. Qualificar o Pronto Atendimento às Necessidades de Saúde, como Essência da Integralidade. Campinas: IDISA, 2007. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=2312>. Acesso em 21 out. 2007.

CARVALHO, M. S. et al. Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Públ.,** Rio de Janeiro, vol. 10, n. 1, p. 17-29, jan./mar.,1994.

CHIAPINOTTO, L.; FAIT, C. S.; JÚNIOR, M. M. O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS. **Saúde e Sociedade,** v.16, n.1, p.155-164, jan./abr., 2007.

COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. Educação em saúde. In: OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. **Odontologia preventiva e social:** textos selecionados. Natal: EDUFRRN, 1997, p. 223-250.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595- 603, ago., 2009.

GRALHA, R. S.; MORAIS, E. P. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação In: LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D. X. **Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 31-46.

IUNES, R.F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. 3. ed. Brasília: IPEA, 2002, p.99.

MORAES, M.; FIEBIG, E. Q.; LAUERMANN, F. T.; DODE, O. B.; ROVARIS, R. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. **Rev. de Saúde da UCPEL**, Pelotas, v.1, n.1, p. 39-44, Jan/Jun, 2007.

MUNERATO, M. C.; LEMOS, V. M. A. O Sistema Unico de Saúde (SUS) e a Odontologia no Brasil: a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. In: PERRIN, D. et al. **Urgência em Odontologia**. Porto Alegre: Artmed, p. 131, 2008.

NUNES, V. T., ILHA, L. **A demanda da UBS 8: perfil demográfico e epidemiológico**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde – Escola de Saúde Pública/RS, 2008.

PALERMO, P. U. ; PORTUGAL, M. S. ; Souza, F.H. . Um Estudo sobre a Desigualdade no Acesso à Saúde na Região Sul. In: **Fórum BNB de Desenvolvimento e X Encontro Regional de Economia do Nordeste**. Fortaleza. Anais do Fórum BNB de Desenvolvimento e X Encontro Regional de Economia do Nordeste, 2005.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v.28, p. 261-7, 1994.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ;. p. 65-112, 2001.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 107-140.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 19, n. 1. p. 27 - 34, jan./feb. 2003.

REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO M. P. B. **Série técnica: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil**. Organização Pan-americana da saúde (Opas/OMS), Secretaria de Atenção à Saúde-SAS e Ministério da Saúde-Brasil. Brasília, 2003 n°7.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia Saúde da Família: o uso das ferramentas de Saúde da Família na construção do cuidado em saúde. In: MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidência**. São Paulo: Artes Médicas. 2008, p. 65-80.

STEIN, A.T. **Práticas clínicas ressignificadas na atenção básica**. Seminário Internacional de Atenção Básica em Odontologia. Brasília, 2007, [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <vaniaaita@yahoo.com.br> em 27 set. 2007.

TRAVASSOS, C. et al. A equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr/jun, 1997.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington DC, v. 11, n. 5/6, p.365- 373, maio/jun., 2002.

VILLELA, W. V.; ARAÚJO, E. C.; Ribeiro, S.A.; CUGINOTTI, A.P. et al. Desafios da Atenção básica em saúde: a experiência da Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, jun, 2009.

APÊNDICE A – Entrevista Semi-Estruturada

Nome:

Endereço:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Por que veio à Unidade?

Consulta Médica:

Agendada. Queixa principal:

Urgência. Queixa principal:

Consulta Odontológica:

Agendada. Queixa principal:

Urgência. Queixa principal:

Consulta com Enfermeira:

Agendada. Queixa principal:

Urgência. Queixa principal:

Vacina

Curativo

Nebulização

Buscar medicamentos

Agendar consultas

Agendar exames

Pesar e medir

Aferir pressão

Pedir ou buscar receita

Outro motivo. Qual?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa. Obrigada pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar ou consentir que meu (minha) dependente _____ participe da pesquisa Estudo Exploratório da Demanda da Estratégia Saúde da Família Jardim Cascata, Porto Alegre-RS. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente trabalho tem o propósito de conhecer os motivos pelos quais a população procura atendimento de saúde na ESF Jardim Cascata e quem procura o serviço, considerando o sexo e a idade.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados:

Entendi que se eu concordar em participar, ou permitir a participação do meu dependente nesse estudo, responderei as perguntas da entrevista, que será realizada pelos pesquisadores e permitirei que acessem as informações do meu prontuário de saúde.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos:

Entendi que os resultados da pesquisa vão ajudar a melhorar o atendimento da população e colaborar para a organização do serviço da Unidade.

4º - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com os estudantes Leonardo Bertoldo (51-81107714), Paula de Moraes Frassetto (51-92383702), ou com a Cirurgião-Dentista Vinicius Antério Graff (51-99660515) ou com a Professora Vânia Maria Aita de Lemos (51-93222455) (orientadora) , ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde pelo número 51-32124623 ou no Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS pelo fone 51-33085480.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com as pesquisadoras sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização ao pesquisador responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a minha privacidade ou do meu dependente.

_____, _____, _____ de 2010 (local, dia, mês).

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do (s) pesquisador (es) responsável (is): _____

APÊNDICE C- Sistema de Funcionamento e Composição das Equipes ESF Jardim Cascata I e II, Porto Alegre, RS.

- Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h.
- Consultas de pronto-atendimento: são realizadas preferencialmente no turno da manhã, sem limites de número de atendimentos, com atendimento preferencial de crianças, idosos, gestantes e urgências graves.
- Consultas agendadas: com Enfermeiras e Médicas, preferencialmente pela tarde, com divisão da agenda por linha de cuidado (puericultura, saúde mental, idosos, pré-natal, saúde da mulher, entrega de exames).
- Odontologia: pronto-atendimentos nos turnos da manhã e da tarde encaixados entre as consultas agendadas, com exceção de quarta-feira pela manhã, quando não há atendimento odontológico. A marcação de consultas é realizada na última terça-feira de cada mês, com a distribuição de 50 consultas, que são agendadas de segunda a sexta-feiras, nos dois turnos, com exceção de quarta-feira pela manhã, (pois o cirurgião-dentista não encontra-se na Unidade). Pacientes que já estão em tratamento têm prioridade de marcação das reconsultas, sem número limite.
- Fluxograma de atendimento: o usuário, quando acessa o serviço, é acolhido por uma técnica de Enfermagem, a qual realizada a escuta da queixa; quando a necessidade de saúde não puder ser resolvida por ele, ocorre o encaminhamento para as médicas ou enfermeiras, conforme o caso.
- Reuniões de equipe: ocorrem nas segundas e quintas-feiras, das 13h às 14h e 30min, sem atendimento aos usuários durante esse período.

Composição das Equipes ESF Jardim Cascata I e II, Porto Alegre, RS:

- 02 Médicas de Família
- 02 Enfermeiras
- 04 Técnicas de Enfermagem
- 09 Agentes Comunitários de Saúde
- 01 Cirurgião-Dentista
- 01 Auxiliar de Saúde Bucal
- 01 Auxiliar de Serviços Gerais

ANEXO A- Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

**UFRGS**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**

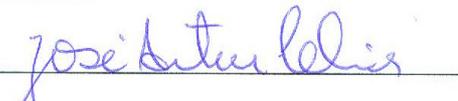
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

**CARTA DE APROVAÇÃO****O Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:****Número:** 17692**Título:** ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DEMANDA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM
CASCATA, PORTO ALEGRE-RS**Pesquisadores:****Equipe UFRGS:**VANIA MARIA AITA DE LEMOS - coordenador desde 01/08/2009
PAULA DE MORAES FRASSETTO - pesquisador de 01/08/2009 até 12/11/2009
LEONARDO BERTOLDO - pesquisador de 01/08/2009 até 13/11/2009**Equipe Externa:**

Vinicius Anterio Graff - pesquisador de 01/08/2009 até 13/11/2009

O mesmo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs, em reunião realizada em 10/06/2010 - Sala de Reuniões do Gabinete do Reitor (Ex Salão Vermelho) - Prédio Reitoria, 6º andar, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 10 de Junho de 2010



JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética

ANEXO B- Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de
Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Vânia Maria Lemos
Registro do CEP: 469 **Processo N°:** 001.007730.10.1
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – ESF Jardim Cascata
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.007730.10.1, referente ao projeto de pesquisa: “**Estudo exploratório da demanda da Estratégia Saúde da Família Jardim Cascata, Porto Alegre-RS**”, tendo como pesquisador responsável Vânia Maria Lemos cujo objetivo é “geral: Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico de uma parcela da população adscrita na ESF Jardim Cascata, buscando identificar as razões que a leva a procurar o serviço. Específicos :a) identificar as queixas clínicas, a idade e o sexo dos indivíduos que procuram o serviço; b) comparar as queixas clínicas dos usuários com os diagnósticos médicos; c) verificar a frequência de demanda no acolhimento, por dia de semana, durante o período de estudo, identificando as microáreas de origem dos usuários; d) identificar quais as razões mais frequentes pelas quais os usuários vem ao Serviço”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. **Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;**
2. **Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;**
3. **Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;**
4. **Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.**
5. **Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.**

Porto Alegre, 07/05/2010

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP