



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ

MAÍRA CRISTINA PRESTES DE OLIVEIRA

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O
RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-
MS

CAMPO GRANDE - MS

2022

MAÍRA CRISTINA PRESTES DE OLIVEIRA

**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O
RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-**

MS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da
Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Ms. Lucimara Silva Magalhães

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ

TERMO DE APROVAÇÃO

**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O
RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-
MS**

por

MAÍRA CRISTINA PRESTES DE OLIVEIRA

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 03 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Vanessa Mueller

Coordenação do PRMSF

Daniela de Cássia Duarte

Membro Titular 1

Silvio Roberto da Silva Menezes

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

À todos os pacientes da USF Coophavila II, pela confiança, compartilhando suas experiências de vida, as quais contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, diariamente, nos atendimentos individuais, nas visitas domiciliares e até mesmo, no acolhimento.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais Dalvira e Éder, por todo apoio.

Ao preceptor Claudinei Ferro Souza, pela acolhida, por compartilhar conhecimentos e experiências importantes para a minha formação.

As equipes tuiuiú e arara azul da USF Coophavila II, obrigada pela acolhida e pelo trabalho em conjunto desenvolvido com êxito, em especial a enfermeira Simone Fortunato da equipe tuiuiú, a qual se tornou uma amiga.

À orientadora Lucimara Magalhães pela atenção, disponibilidade até mesmo em dias impróprios e apoio no projeto.

À coordenadora Vanessa Mueller pela disponibilidade, apoio e composição da banca examinadora.

À todas as pessoas que convivi durante estes dois anos, colegas da residência, usuários, amigos, gestores, profissionais de saúde da USF Coophavila II que vivenciam e defendem o SUS diariamente.

RESUMO

OLIVEIRA, M.C.P. **O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. 2022.** 31f. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Trata-se de um estudo qualitativo sobre o acesso na percepção dos usuários aos serviços de saúde na atenção primária em uma unidade de saúde da família no município de Campo Grande - MS, cujo objetivo é contextualizar o acesso aos serviços de saúde na APS e descrever a percepção do usuário. Para intervenção, foi utilizado como método de pesquisa o discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefèvre, o qual possibilita demonstrar os resultados através de diferentes discursos em uma síntese única, expressando a fala do coletivo. Foram utilizados os dados das ouvidorias do OUVIDOR-SUS e caixa de ouvidoria interna para análise referente ao mês de março de 2020 à agosto de 2021. Para avaliação quanto ao novo modelo de atendimento. Os usuários demonstraram a satisfação referente ao acesso aos serviços ofertados por esta unidade e a qualidade do atendimento da equipe de saúde prestado. Quanto aos aspectos negativos, foram identificamos reclamações, as quais estavam relacionadas à parte que compete à gestão da secretaria de saúde. Conclui-se que a prática centrada na pessoa, família e comunidade através da clínica ampliada, resulta em uma atenção de qualidade e um plano de cuidado interdisciplinar eficaz. Neste sentido, salienta-se que as práticas relacionais como o acolhimento faz parte do processo de trabalho, e de fundamental importância no que se refere à ampliação e melhoria do acesso aos serviços na garantia e efetivação de direitos.

Palavras chaves: Acesso. Serviço. Saúde. Atenção primária.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M.C.P. ACCESS TO HEALTH SERVICES IN PRIMARY CARE. 2022.
31f. Residency completion Work - Mutiprofessional Residency Program in Family Health SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

This is a qualitative study on access in the perception of users to health services in primary care in a family health unit in the city of Campo Grande - MS, whose objective is to contextualize access to health services in PHC and describe the user's perception. For intervention, the collective subject discourse of Lefèvre and Lefèvre was used as a research method, which makes it possible to demonstrate the results through different discourses in a single synthesis, expressing the speech of the collective. Data from the OUVIDOR-SUS ombudsman and internal ombudsman box were used for analysis from March 2020 to August 2021. For evaluation of the new service model. Users demonstrated satisfaction regarding access to services offered by this unit and the quality of care provided by the health team. As for the negative aspects, we identified complaints, which were related to the part that is responsible for the management of the health department. It is concluded that the practice centered on the person, family and community through the extended clinic, results in quality care and an effective interdisciplinary care plan. In this sense, it is emphasized that relational practices such as welcoming are part of the work process, and of fundamental importance with regard to expanding and improving access to services in guaranteeing and enforcing rights.

Keywords: Access. Service. Health. Primary care.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção primária a Saúde
CF	Constituição Federal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Contextualização teórica: as políticas públicas em saúde.....	11
1.1.1 Política Nacional de Saúde.....	11
1.2 Atenção Primária à Saúde.....	12
2 METODOLOGIA.....	17
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO.....	17
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	19
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	30

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde foi um grande marco na efetivação da política de saúde, assegurado através da Constituição Federal e das Leis Orgânicas de N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Apresenta princípios doutrinados sendo a: universalidade (todo cidadão possui o direito ao acesso aos serviços de saúde); a equidade (o atendimento deve ser ofertado de acordo com as necessidades de cada usuário) e a integralidade (atendimento as necessidades de saúde do usuário de forma ampliada, em todos os níveis de atenção). Além disso, tem por princípios organizativos: a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. (BRASIL, 1990).

A Atenção Primária à Saúde responsável pela coordenação do cuidado do paciente a outros pontos da rede de atenção à saúde, considerada a portada de entrada prioritária da população no acesso aos serviços de saúde.

Para Starfield (2002), p.208, “a ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária)”.

A atenção primária possui atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária, competência cultural) os quais qualificam o cuidado em saúde. (STARFIELD, 2002).

O presente estudo tem como principal objetivos: contextualizar o acesso aos serviços de saúde na APS e objetivos específicos descrever a percepção do usuário referente ao acesso aos serviços de saúde (sugestões, elogios, críticas). Há relatos em que as filas começavam se formar na madrugada, para conseguir agendamento de consultas e exames.

Faremos uma breve contextualização sobre as políticas públicas, com enfoque a política de saúde, atenção primária, o acesso aos serviços e também discorrer sobre a ampliação do acesso a população do território com a mudança da Unidade básica de saúde para Unidade de Saúde da família em dezembro de 2019, e que concomitantemente tornou-se uma das unidades do laboratório de inovação SESAU-MS em parceria com a FIOCRUZ.

Foi utilizado o discurso do sujeito coletivo como metodologia de pesquisa, realizamos coleta de dados de Ouvidorias do Ouvidor SUS e caixa de ouvidorias interna. O estudo foi autorizado pela Secretaria de Saúde, termo 115/2021, será mantido o sigilo dos participantes. A análise não oferece risco aos sujeitos.

O presente estudo apresenta o acesso da população aos serviços de saúde na atenção primária em uma unidade de saúde no município de Campo Grande-MS.

1.1 Contextualização teórica: as políticas públicas em saúde

O termo política pública refere-se a um conceito amplo, podemos defini-la como ações e decisões planejadas e formuladas pelo governo, de interesse público, no âmbito federal, estadual e municipal visando a garantia de acesso ao direito dos cidadãos previstos na Constituição Federal. Para Simões (2009, p.279) "as políticas públicas, entretanto, distinguem-se entre as que regulam atividades econômicas de interesse público (estatais ou privadas) e as que implementam os direitos sociais (dentre elas as políticas socioassistenciais)". Além disso, o mesmo autor, p.280 relata:

São as instituídas, basicamente, no seu Título VII – Da ordem econômica e Financeira (art. 170), vinculadas à valorização do trabalho humano, à justiça social, função social da propriedade, redução das desigualdades regionais e sociais e busca de pleno emprego. Deve implementa-las como agente normativo e regulador, mediante concessões ou permissões públicas (art. 175) ao setor privado (outorgas), com a função de fiscalizar, incentivar e planejar, sendo este determinante para o setor estatal (empresas estatais) e indicativo para o setor privado (concessionárias) (art. 174) por meio de planos nacionais e regionais de desenvolvimento”.

Já as políticas sociais são estabelecidas pelos conselhos e executadas para administração pública, ministérios e secretarias nas três esferas de governo, com participação de entidades e organizações sociais mediante convênio. Podemos defini-las em: saúde, educação, habitação, trabalho, renda, assistência social, lazer, transporte, meio ambiente, segurança, previdência social entre outros. Atuam diretamente nas expressões das questões sociais, as quais estas múltiplas expressões retratam a desigualdade social capitalista. (CFESS, 2010).

Para CARVALHO (2018) apud BRAVO (2001), para reconhecimento e efetivação do direito a saúde a todos e dever do Estado, teve início no período do movimento de reforma sanitária contou com a participação dos movimentos sociais, os quais lutaram pela garantia do direito universal à saúde.

1.1.1 Política nacional de saúde

A política de saúde componente da seguridade social juntamente com a previdência social e assistência social, consolidou-se com a criação do Sistema Único de Saúde, sendo um

grande marco na história e avanço social no Brasil, assegurado através da Constituição Federal de 1988.

O artigo 198 da CF (BRASIL, 1988) trata que os serviços do Sistema Único de Saúde devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, tendo por diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

A partir da promulgação da Constituição Federal, todos os cidadãos passaram a ter acesso a saúde através do Sistema Único de Saúde. Na legislação, a saúde pública é um direito fundamental e universal, portanto, todos têm direito ao acesso e deve ser ofertado de forma equânime e garantido pelo Estado.

De acordo com o artigo 200 (BRASIL, 1988), o sistema tem como atribuições: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias, medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos para a saúde; ações de vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador; formar recursos humanos na área de saúde; execução de ações de saneamento básico; desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalização de alimentos, bebidas e águas utilizados para consumo humano; controlar a produção de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos para a saúde; proteção do meio ambiente.

A política de saúde ao longo do tempo aponta desafios como à falta de acesso e de recursos, marcado também por avanços, oferecendo serviços na atenção básica, média e alta complexidade, atuando na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de forma integral e longitudinal. A organização dos níveis de atenção à saúde está classificada por complexidade sendo: básica, média e alta. Os serviços de média e alta complexidade são regionalizados, oferecendo atendimento especializado, em ambulatórios, urgência. A Alta complexidade oferta atendimento em hospitais, equipado com tecnologia de ponta, realiza desde o parto até transplante de órgãos. (BRASIL, 2007).

1.2 Atenção Primária à Saúde

Constitui-se o primeiro nível de atenção, responsável pela coordenação do cuidado em outros pontos da rede de atenção à saúde e porta de entrada prioritária (STARFIELD 2002). O marco histórico da APS como forma de organização dos sistemas de saúde, hierarquizado e em rede, surgiu em 1920 na Inglaterra, em um documento intitulado Relatório Dawson, o qual inspirou sistemas de saúde de outros países. O relatório propõe a implantação de um sistema

integrado de medicina preventiva e curativa por meio de ações primárias, secundárias e terciárias. (BRASIL, 2015).

Para Mendes (2012), o Relatório Dawson de 1920 apresenta contrapontos ao Relatório Flexner de 1910 evidenciou a medicina científica, o crescimento das especialidades médicas, com práticas centradas no biologismo, individualismo e na medicina curativa.

De acordo com Carvalho (2018), em 1974 no Canadá através do documento intitulado “A New Perspective on the Health of Canadians” conhecido como o Informe de Lalonde, referiu que o meio ambiente e os estilos de vida interferiam no processo saúde doença.

Em 1986, foi realizado a primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa no Canadá, quando foi apresentado um documento denominado carta de Ottawa propondo a nível mundial cinco campos de ações, sendo: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação e desenvolvimento da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Ressalta requisitos imprescindíveis para a saúde, sendo: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. (BRASIL, 2002).

Outro marco histórico foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizados pela OMS em Alma-Ata na República do Cazaquistão em 1978, onde foi elaborado um documento intitulado Declaração de Alma-Ata, cujo foco era a promoção e proteção da saúde população e prevenção das doenças. (BRASIL, 2002).

Sob esta perspectiva, o SUS foi criado no Brasil tendo como princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. A declaração de Alma Ata define a atenção primária em saúde em seu artigo VI, como sendo:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.1).

Para STARFIELD (2002) e BRASIL (2008), para implementação destes princípios, foi necessário à reorganização do modelo assistencial centrado na doença, por um modelo centrado nas famílias e no território, ofertando cuidado longitudinal.

No ano de 2006, a Portaria do Ministério da Saúde nº648/2006 institui a Política Nacional de Atenção Básica com publicações e alterações em 2011 e 2017, estabelece o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Neste mesmo ano há uma mudança na nomenclatura, pois o termo programa remete a algo com tempo determinado, enquanto estratégia remete a algo permanente, contínuo.

Em 2008 foi aprovada a Portaria 154/2008, a qual criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo do núcleo ampliado (nova nomenclatura) é de apoio matricial de profissionais de diferentes especialidades, as equipes de saúde da família, os quais irão realizar um trabalho em conjunto e por meio do apoio matricial atuar compartilhando diferente saberes. (BRASIL, 2008).

A APS, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, constitui-se por atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária, competência cultural). (STARFIELD, 2002).

Para Miranda et.al, (2016) apud Starfield (2002), a APS enquanto coordenadora do cuidado, deve reconhecer a saúde como direito social e seus determinantes sociais para seu enfrentamento de modo a promover saúde.

O acesso está intrinsecamente vinculado ao atributo essencial (atenção no primeiro contato) e deve ser assegurado de forma universal, igualitária e equânime. Starfield (2002), refere que a entrada do usuário deve ser de fácil acesso à todos que buscam atendimento, pois contribui também para a diminuição de mortalidade e morbidade.

Para Mendes (2002), podemos definir o acesso, possibilitando a população acessar o cuidado necessário e oportuno nos níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário.

De acordo com Souza et. Al (2008) apud Starfield (2002), Starfield apresenta um comparativo referente ao acesso e acessibilidade, termos utilizados que possuem significados complementares. A acessibilidade possibilita que a população chegue aos serviços de saúde, e o acesso permite a utilização dos serviços sempre que o usuário necessitar. Os serviços são ofertados nas unidades de saúde de família localizadas no território, onde são oferecidos a

população alguns serviços como: atendimento médico, odontológico, social, curativo, medicação, coleta de exames laboratoriais, vacina, entre outros serviços.

De acordo com a PNAB (2017), a composição da equipe mínima exigida na Estratégia de Saúde da Família são: composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate às endemias (ACE), cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. No entanto, o município de Campo Grande-MS, optou pela inserção do Assistente Social na equipe de saúde. A política apresenta mudanças, enquanto a PNAB 2011 referia o limite máximo de 4.000 pessoas/equipe e 3.000/equipe, a PNAB 2017 apresenta que cada ESF seja responsável por 2.000 a 3.5000 pessoas. Além disso, aponta mudanças com relação a nova nomenclatura do NASF, renomeados como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Para Carvalho (2018), apud Medeiros (2012), o sistema de saúde define a saúde decorrente dos determinantes sociais, aponta o Serviço Social juntamente com outras profissões que são fundamentais para reconhecer, analisar e intervir, no que se refere ao processo saúde doença.

O assistente social na saúde pública compõe a equipe interdisciplinar, atuando no atendimento desta população, realizando a escuta qualificada, orientação social, articulação intersetorial, visando à garantia de acesso as políticas sociais, as quais são voltadas à garantia de direito dos cidadãos, tais como: saúde, educação, habitação, trabalho, renda, assistência social, lazer, transporte, meio ambiente, previstos na CF/88, artigos 21 à 24.

Com a ampliação do conceito de saúde, compreendemos que os determinantes e condicionantes sociais, apontam que os fatores sociais, culturais, econômicos, étnico-raciais, afetam diretamente sua saúde, causando adoecimento, demandam acesso aos serviços de saúde, sendo necessária uma atuação interdisciplinar. (CARVALHO; ALMEIDA; MACHADO, 2018).

Para Cavalcante e Albuquerque (2002), as expressões da questão social emergem nos serviços de saúde, sendo um retrato da desigualdade social, diante deste cenário, torna-se imprescindível, um cuidado interdisciplinar.

A entrada deste paciente na rede acontece no acolhimento, uma ferramenta indispensável na APS, uma vez que o ato de acolher e realizar escuta qualificada faz toda a diferença no itinerário do paciente na rede. O olhar ampliado à todas as necessidades que o paciente apresenta através da escuta qualificada, vínculo, ofertando acesso, cuidado a população adstrita do território, tendo a saúde da família como foco principal na atenção básica, possibilitando um cuidado longitudinal. Para a PNH 2010, o acolhimento é fundamental para humanização no SUS e garantia de acesso, pois viabiliza o acesso aos serviços, através do atendimento humanizado, todos os profissionais de saúde devem realizar a escuta do usuário de forma empática, possibilitando vinculação paciente-equipe, atendimento ágil e agendamentos de consulta em qualquer horário.

2 METODOLOGIA

Para a intervenção em tela foi utilizado como metodologia o discurso do sujeito coletivo - (DSC). É uma técnica da pesquisa qualitativa, de autoria de Lèfevre e Lèfevre, utilizado desde 1990 e tem como fundamentação a teoria das representações sociais, utilizado frequentemente em pesquisas de opinião, de representação social, tendo como subsídio: os depoimentos individuais, as discussões em grupo, artigos de revistas e jornais entre outros.

Este método de análise de dados quali-quantitativos, utilizado para analisar o discurso, caracteriza-se pela utilização da primeira pessoa do singular para expressar uma opinião coletiva ou socialmente partilhada dando origem a uma produção empírica, sendo denominada de primeira pessoa coletiva do singular, expondo o que pensam a coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Conforme Lèfevre e Lèfevre (2010), O DSC, no que se refere às representações sociais, possibilita diferentes relações de diálogo seja de forma individual e/ou coletiva. As ideias principais reproduzem a fala do sujeito e são agrupadas a outras respostas semelhantes em uma categoria, constituindo uma síntese coletiva, elaborada em primeira pessoa do singular.

Além disso, o mesmo autor relata que o DSC utiliza expressões-chave, ou seja, trechos de cada discurso, os quais indicam a ideia central. Ambas as figuras metodológicas diferenciam-se, pois, as ideias centrais referem-se ao que o sujeito quis dizer e as expressões-chave como foi propriamente dito.

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

Local do estudo

Realizado em uma USF Coophavila II Dr. Alfredo Neder, localizada no Distrito Sanitário Lagoa, no município de Campo Grande, MS.

Descrição do Público-alvo

Caracterização dos sujeitos

Os resultados obtidos neste trabalho foram os seguintes: amostra constituída por 47 sujeitos adultos, sendo 7 do gênero masculino, 28 do gênero feminino e 12 anônimos, todos usuários da USF Coophavila II. Utilizamos para esta contextualização, as ouvidorias “Ouvidor SUS” e a pesquisa de satisfação do usuário, através de ouvidoria interna da USF no período de 2020 a 2021. Para execução, solicitamos autorização junto a Secretaria de Saúde do município, a qual concedeu parecer favorável, sob o termo de nº115/2021, e acordo em mantermos o sigilo dos participantes. Cabe ressaltar que a análise não oferece risco aos sujeitos.

Foram realizadas a tabulação dos dados, a organização e a transcrição de cada comentário. Identificamos as ideias centrais e expressão-chave dos discursos do sujeito coletivo. Entre os 47 comentários à figura dos profissionais, aparecem da seguinte forma: 11 médicos, 10 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 5 assistentes sociais, 7 Agentes comunitários de Saúde, 8 profissionais administrativos, 2 que não citaram categoria profissional.

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Plano de Ações/Pesquisa Ação

O objetivo do presente estudo foi descrever a percepção do usuário quanto ao acesso aos serviços de saúde (sugestões, elogios, críticas) de uma USF. Todas as ouvidorias foram transcritas na íntegra, identificando as expressões chave e ideias centrais. Em seguida, agrupamos as expressões em duas categorias. Após, foram agrupadas as expressões chave de mesma natureza, identificamos cada ouvidoria, através da representação de sujeitos (S1, S2, S5, S6, S8, S14, S15, S20, S25, S27, S30) que buscaram atendimento na USF.

Estes usuários avaliaram o atendimento sendo ótimo, elogiaram e agradeceram pelo atendimento recebido por toda equipe de saúde e ressaltaram a mudança no atendimento. Importante destacar que em dezembro de 2019 a UBS passou a ser USF e uma das unidades do laboratório de inovação da FIOCRUZ em parceria com a SESA/MS, a qual tem por objetivo mudanças estruturais e qualificação dos profissionais de saúde. Através deste levantamento das ouvidorias, ao todo contabilizamos, 34 elogios, 13 reclamações e 2 solicitações. Com a mudança de UBS para USF, houve uma reorganização dos serviços, ampliando o acesso, através do agendamento de consultas e exames e expansão das equipes de saúde da família. Além disso, a inserção dos residentes multiprofissionais e médicos na composição das equipes. Abaixo, a descrição das categorias de respostas expressa sob o método do DSC:

Expressões chave: aspectos positivos

S1- *"ÓTIMO. Quero agradecer a todos que me atenderam desde a hora que cheguei o Rafael foi um lindo pela forma que me recepcionou. A enfermeira Mayara está de parabéns como me medicou e me acompanhou. As meninas da recepção também todos muito educados. Obrigada pelo atendimento! O SUS nem tudo está perdido."*

S2 – *"ÓTIMO. A Assistente social que com carinho e dedicação tem que atendido todas as vezes."*

S5- *"ÓTIMO. Obrigado pelo atendimento de todos os funcionários do posto."*

S6- *"ÓTIMO. Atendimento muito ótimo sempre fui bem atendido."*

S8- *"BOM. Atendimento no acolhimento excelente, era uma questão de urgência para uma gestante que em menos de 5 minutos colocaram ela na sala de médico. (Nomes que desejo elogiar Eliane Dias (ACS), Geovana, Jessica (ACS), Anana médica)."*

S14- *"ÓTIMO. muito bom o atendimento de todos os profissionais só a agradecer! Obrigada a todos."*

S15 - *"ÓTIMO. Teve uma excelente mudança estou amando esse novo procedimento."*

S20 - *"ÓTIMO. todos muito educados e prestativo."*

S25 - *"ÓTIMO. fui muito bem atendida, da recepção, aos enfermeiros e médicos, fazem o que podem para ajudar."*

S27- *"ÓTIMO. sempre bem atendido."*

S30 - *"ÓTIMO. a enfermeira Simone, que sempre acrescenta em seu atendimento atenção, interesse e dedicação (obrigado Deus por pessoas como ela que praticam a empatia)."*

Ideias centrais: aspectos positivos

S1- *"Ótimo. Quero agradecer a todos que me atenderam(...)O SUS nem tudo está perdido."*

S2- *"Ótimo. A assistente social que com carinho e dedicação tem atendido(...)"*

S5- *" Ótimo. Obrigada pelo atendimento de todos(...)"*

S6- *" Ótimo. (...) sempre fui bem atendido."*

S8- *" Bom. Atendimento no acolhimento excelente(...)"*

S14- *"Ótimo. Muito bom atendimento de todos(...)"*

S15- *" Ótimo. Teve uma mudança excelente(...)"*

S20- *"Ótimo.(...) educados e prestativos."*

S25- *"Ótimo. Fui muito bem atendida(...) fazem o que podem pra ajudar."*

S27- *"Ótimo (...) bem atendido."*

S30- *"Ótimo. (...) sempre acrescenta em seu atendimento atenção, interesse e dedicação."*

Expressões chave: aspectos negativos

S32- "Recebemos manifestação na qual há reclamação no atendimento em unidade básica de saúde. Reclamante relata que foi hoje buscar atendimento, pois realizou cirurgia do coração e a médica na receita não colocou um medicamento, buscou atendimento, porém falaram que ela deveria ser atendida com o "médico da família "mas não consegue esse agendamento. Pede providências, pois é um risco ir diariamente no posto buscar atendimento e não conseguir."

S34 - "Recebemos manifestação em que há reclamação que na unidade UBS COOPHAVILA está em falta a medicação tramadol."

S37- "Recebemos a manifestação em que há denuncia que a unidade básica de saúde/posto de vacinação: USF COOPHAVILA, na data de 08/07/2021, às 13h não vacinou o (a) reclamante. Relata que pertence ao grupo prioritário contemplado no calendário divulgado pela SESAU e que também na data relatada na obteve vacina por recusa do posto de vacinação. Relata também que a unidade informou que não poderia vacinar por se estagiaria, mas ela teve a informação que a unidade ALBINO COIMBRA estava vacinando, questiona o porque umas unidades aplicam e outras não. USF COOPHAVILA".

S38- "Demanda do aplicativo fala Campo Grande do gabinete do prefeito: indico a mesa, na forma regimental, que seja encaminhado expediente desta casa, solicitar um médico pediatra em vista a grande demanda, uma vez que a unidade encontra-se desguarnecida do referido profissional. O retorno do referido atendimento proporcionaria maior abrangência em atendimento prestado aos munícipes que utilizam serviços desta unidade. Rua dos Recifes, S/N, Coophavila II."

S39- "Relata ter ido na unidade dia 27/07/2021, às 07:30h da manhã para passar pelo médico de COVID mas até o momento 09:26 não teve atendimento e tinha mais de 15 pessoas na fila aguardando pede providências. UNIDADE:UBSF COOPHAVILA II – LAGOA."

S42- "Recebemos a manifestação em que há reclamação que a USF COOPHAVILA, na data de 18/08/2021, às 13:00 não vacinou a reclamante. Cidadã relata que pertence ao grupo prioritário contemplado no calendário divulgado pela SESAU e que na data relatada não obteve vacina pois não tem vacina para os adolescentes, mesmo chegando dentro do horário estabelecido pela SESAU. Cidadã relata que foi até a unidade para vacinar seu filho

e foi informada de que o posto não foi abastecido com as doses para adolescente, só tem vacina para a população de 18 anos ou mais. Local: USF COOPHAVILA."

S43- "Recebemos a manifestação em que há reclamação que a unidade básica de saúde/ posto de vacinação: UBSF COOPHAVILA, na data de 25/08/2021, às 15:00h, não vacinou o filho da reclamante. Cidadã relata que pertence ao grupo prioritário contemplado no calendário divulgado pela SESAU e que na data relatada não obteve vacina por ter encerrado a distribuição de senhas ou que acabou as doses, mesmo chegando dentro do horário estabelecido pela SESAU. Relata ainda ter sido informada que não receberam vacina para dar para menores de 12 anos sendo que no calendário está dando a unidade de referência para vacinação. UNIDADE: UBSF COOPHAVILA II – LAGOA."

Ideias Centrais: aspectos negativos

S32- "(...) Fui hoje buscar atendimento, pois realizou cirurgia do coração e a médica na receita não colocou um medicamento(...) não consegue esse agendamento".

S34- "(...)Falta de medicamento tramadol."

S37- "(...) não obteve vacina por recusa do posto de vacinação.(...) informou que não poderia vacinar por ser estagiaria(...) questiona porque umas unidades aplicam e outras não."

S38- "(...)solicitar um médico pediatra em vista a grande demanda(...)."

S39- "Relata ter ido na unidade para atendimento de COVID (...) tinha mais de 15 pessoas na fila aguardando, pede providências."

S42- "(...)não obteve vacina pois não tem vacina para os adolescentes, mesmo chegando dentro do horário estabelecido pela SESAU. Cidadã relata que foi até a unidade para vacinar seu filho e foi informada de que o posto não foi abastecido com as doses para adolescente(...)."

S43- "(...) não vacinou o filho(...) relata que pertence ao grupo prioritário contemplado no calendário divulgado pela SESAU e que na data relatada não obteve vacina por ter encerrado a distribuição de senhas ou que acabou as doses(...)"

5 DISCUSSÃO

Diante do exposto, podemos observar como aspectos positivos a avaliação dos sujeitos quanto ao novo modelo de atendimento da Unidade de Saúde da Família Coophavila II, afim de melhorar os serviços ofertados. Entre março de 2020 à agosto de 2021, tivemos ao total de 49 ouvidorias, sendo: 34 elogios, os quais demonstram a satisfação do usuário referente ao acesso aos serviços ofertados pela unidade do estudo e a qualidade do atendimento da equipe de saúde prestados à população.

Podemos observar a ampliação do acesso, visto que antes da mudança para USF, este era um problema recorrente: acesso precário, as filas começavam a se formar na madrugada para a população buscar por uma vaga de consulta. Os agendamentos eram realizados em horários pré-estabelecidos, em que as pessoas que trabalham tinham dificuldade em acessar o serviço. No entanto, considerando esta problemática e visando ampliação do acesso, no ano de 2020 foi implantado na unidade o Programa Saúde na Hora do Ministério da Saúde, ofertando atendimento em horário estendido das 07 até às 19h, de segunda à sexta feira, possibilitando a ampliação do acesso desta população neste cenário de referência.

Com vistas à melhoria do acesso, a Unidade de Saúde optou pela remodelagem de acolhimento realizado pela equipe de referência do usuário, conforme consta no caderno de Atenção Básica nº28 (2013). Este modelo potencializa o vínculo e a responsabilização entre usuário e equipe, uma vez que compete a todos profissionais realizar o acolhimento.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2010, p.19).

O usuário, quando busca a unidade de saúde, é acolhido pelos profissionais de sua equipe, os quais realizam a escuta qualificada e direcionam-os aos serviços. A equipe de acolhimento é composta por todos os profissionais, em regime de escala mensal. Cabe ressaltar a importância do agente comunitário de saúde neste processo, pois o mesmo conhece e possui vínculo com a população. Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (2012 utilizar a atual de 2017) e Protocolo do Agente Comunitário de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS (2020), o ACS tem como uma das atribuições realizar o acolhimento dos usuários.

Além disso, o Programa de Residência Multiprofissional e Residência médica em Saúde da Família implantado em 2020 através da SESAU-MS em parceria com a FIOCRUZ, também contribui de forma significativa na melhoria do atendimento, uma vez que a formação e qualificação dos profissionais favorece a estruturação da APS, de modo a ofertar um cuidado em saúde de qualidade na perspectiva integral, longitudinal e resolutivo.

Para Tesser et al (2018), a qualificação da equipe multiprofissional é necessária para ampliar o acesso, uma vez que quadros de saúde crônicos, polifarmácia, uso exagerado de medicamento, iatrogenias, demandam qualificação clínica para melhor diagnóstico e tratamento.

Para a oferta de atendimento qualificado e eficaz é necessário um cuidado em saúde sob a perspectiva da clínica ampliada, ou seja, um olhar ampliado e centrado na pessoa, considerando o indivíduo em todas as suas dimensões: econômicas, sociais e culturais. Esta produção de cuidado pressupõe o acolhimento do paciente, a escuta qualificada, o paciente co-responsável pela sua saúde, participando das decisões relacionadas ao tratamento juntamente com a equipe de saúde. A clínica compartilhada é necessária, uma vez que as necessidades do paciente irão demandar uma abordagem interdisciplinar, diagnóstico e plano de cuidado compartilhados de maneira conjunta entre os profissionais.

Para Mendes (2002), uma relação empática entre paciente e equipe, contribui para o aumento da satisfação dos pacientes, autoeficácia, diminuição do estresse, propiciando a adesão ao tratamento. O trabalho interdisciplinar integrando diferentes saberes, possibilita a construção de um plano de cuidado eficaz, equânime, humanizado e integral. São necessárias ações intersetoriais envolvendo outros serviços, garantindo assim a integralidade e continuidade do cuidado. Além disso, a clínica ampliada e a intersetorialidade são imprescindíveis na APS, uma vez que uma abordagem compartilhada centrada no usuário, família e comunidade e ações intersetoriais, resultam em intervenções efetivas para o enfrentamento das demandas sociais e resolubilidade no trabalho em equipe na estratégia de saúde da família.

Para Mendes (2002), o cuidado centrado na pessoa responsabiliza os usuários nas relações com os profissionais de saúde, tornam-se corresponsáveis por sua saúde. Por isso, alguns sistemas de saúde já consideram os pacientes como membros da equipe.

No que se refere aos aspectos negativos, no período do estudo foram 11 ouvidorias referentes à reclamações, as quais estavam relacionadas a parte que compete a gestão da SESAU, estando fora da governabilidade da unidade uma vez que o que é determinado pela

Secretaria de Saúde. Cabe ressaltar a reclamação referente ao atendimento no consultório de pacientes sintomáticos respiratórios, este se deve ao momento de pandemia, que houve um aumento significativo da demanda.

Por meio da análise do discurso dos sujeitos, foi possível observar o reconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, no que se refere a mudança no atendimento. Neste novo modelo, é ofertado mais acesso e ampliação a carteira de serviços, com cuidado preventivo, integral e longitudinal centrado na pessoa e famílias em que residem no território de abrangência desta USF do trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apartir da mudança do modelo de atenção da unidade do presente estudo, a qual passou por uma transformação de unidade básica para unidade de saúde da família e também a implantação do laboratório de inovação da Fiocruz, os resultados já apontam uma melhoria na qualidade do acesso e pode ser vinculado a qualificação do serviço, com a implantação dos programas de residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade, sendo observado diversos aspectos positivos quanto ao novo modelo de atendimento.

Já em relação aos aspectos negativos sinalizados no presente estudo, foi possível observar ainda a presença de reclamações, porém em sua maioria são mais direcionadas a gestão, algo mais gerencial a nível central da secretaria de saúde. Destaca-se a importância do acolhimento, uma vez que o acesso, o ato de acolher, a escuta qualificada, a orientação, o diálogo entre paciente e profissional, a empatia, o saber ouvir as necessidades que o usuário apresenta, resultam no fortalecimento vínculo, seja individual, familiar ou comunitário, estabelecendo uma relação de confiança ao logo do tempo, além de promover a saúde e ampliar o acesso a esta população.

Neste sentido, a implementação de uma nova modelagem de acolhimento, possibilitou a ampliação do acesso com relação aos agendamentos de consulta e exames são realizados em tempo oportuno, reduzindo de forma expressiva o tempo de espera sem que haja necessidade de formar filas, uma vez que esta mudança advém da gestão de agenda realizadas pelas equipes, as quais ofertam agendamento em demanda programada e demanda espontânea (consultas no dia).

Com a remodelagem do acolhimento, houve a ampliação do acesso e da carteira de serviços disponibilizada aos usuários, devido à extensão do horário de atendimento com a implantação do Programa Saúde na Hora e também pela oferta de outros serviços que não eram garantidos durante todo atendimento da unidade, isso também possibilita uma percepção positiva dos usuários perante aos serviços. Cabe destacar que o meio de comunicação da ouvidoria é um canal importante, porém o estudo possui uma limitação, por trabalhar um curto período de análise de ouvidoria. Esta pesquisa foi muito importante para unidade, uma vez que possibilitou realizar uma análise de como tem sido esse processo de mudança de modelo na percepção do usuário, os avanços quanto aos serviços e a organização dos atendimentos, potencializando a efetivação do direito a saúde e que também mostra um cenário que tem muito ainda a ser qualificado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil - 1998: Câmara dos Deputados 2021.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28/12/2021.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Acesso em: 28/12/2021.

BRASIL. Protocolo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Campo Grande-MS, 2020. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/canais/agente-comunitario-de-saude/>. Acesso em: 09/01/2022.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 28/12/2021.

BRASIL. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 28/12/2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 28/12/2021.

BRASIL. Política Nacional da atenção básica. Brasília 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>. Acesso em: 05/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 09/01/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde,

Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 13/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 29/11/2021.

CARVALHO, K.V; ALMEIDA, M.A.S; MACHADO, D.F. Serviço Social e Atenção Primária: uma visão integrativa. Serviço Social & Saúde, V.17, n.2(26), julho/dezembro de 2018.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf . Acesso em: 28/12/2021.

CAVALCANTE, A. H.; ALBUQUERQUE, K. M.- O Serviço Social e a Atenção Primária. SANARE. Revista de Políticas Públicas. Ano iii, n.1, Jan./Fev./Mar. 2002 - Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/82/74>. Acesso em: 29/11/2021.

CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 29/11/2021.

GARCIA. A.C.S. 2º Seminário de Gestão Accountability. Distrito Lagoa. Campo Grande-MS, 2021.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. Interface, Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QQw8VZh7pYTzw9dGyKvpx4h/?lang=pt&format=pdf>.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo. um novo enfoque em pesquisa qualitativa. (Desdobramentos). Caxias do Sul. EduSC, 2003.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Liberlivro, 2010.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EduSC, 2000.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. Relato De Experiência • Texto contexto - enferm. 23 (02) 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 28/12/2021.

MENDES, E.M. O acesso a atenção primária a saúde. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/gil/Documents/22.%20APS livro%20sobre Acesso.pdf](file:///C:/Users/gil/Documents/22.%20APS%20livro%20sobre%20Acesso.pdf). Acesso em 02/11/2021.

MIRANDA, G.M.D et.al. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. Artigos • Trab. educ. saúde 15 (1) • Jan-Apr 2017 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/q6sFrXTpdrYmhJ8VsXy8qLD/?format=html&lang=pt>. Acesso em 14/11/2021.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfvcvzDByNh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02/12/2021.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SIMÕES, C. Curso de direito do serviço social. Biblioteca Básica/Serviço Social. 3.ed. rev.e atual. São Paulo: Cortez 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez. 2006.

SOUZA, Elizabete et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfXvbyY4mGmKMzmWb75DTwn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:03/01/2022.

TESSER, C.D; NORMAN, A.H;VIDAL,T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Rev. saúde debate | rio de janeiro, v. 42, número especial 1, p. 361-378, setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:13/12/2021.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Maíra Cristine Pires de Oliveira, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 031.430.301-43, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 001672448, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Frederico Souza Lima, N.º 183, Bairro: Contorno Alto Ranchos, nesta Capital, telefone n.º 6798438-1980, pesquisador (a) do Curso de Renovação multiprofissional em Saúde F. da Instituição Ficruz em parceria com a SESAU-MS com o título do projeto de pesquisa: "Acesso aos Serviços de Saúde na APS", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 30 de Julho de 2021.

Maíra Cristine Pires de Oliveira

Pesquisador (a)

Jonise Catarina de O. Piazzi

Secretaria Municipal de Saúde - Campo Grande/MS
 Gerente de Educação Permanente
 SGE/SESAU/CG/MS

Jonise Catarina de O. Piazzi
 Gerente de Educação Permanente
 SGE/SESAU/CG/MS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 30 de julho de 2021.

Jonise Catarina de O. Piazzzi
 Secretária Municipal de Saúde/Campo Grande/MS

Jonise Catarina de O. Piazzzi
 Gerente de Educação Permanente
 SGE/SESAU/CG/MS

[Assinatura]
 Pesquisador