

Luzia Tiemi Oikawa

**Condições de acessibilidade a uma Unidade
Básica de Saúde do Município de Botucatu,
São Paulo, 1999**

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Faculdade de Medicina
de Botucatu, UNESP, para
obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

Botucatu – SP, 2001

ÍNDICE

Lista de Tabelas e Quadros	04
Lista de Siglas	08
Resumo	09
Abstract	11
Apresentação	13
I INTRODUÇÃO	14
I.1. Contextualização da acessibilidade no Brasil	14
I.2 A política de saúde municipal	22
II OBJETIVOS	28
III MATERIAL E MÉTODO	29
III.1 O Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”	29
III.2 Plano Amostral	34
III.3 Trabalho de Campo – opinião da equipe do Centro de Saúde	35
III.4 Trabalho de Campo – entrevistas domiciliares	36
IV RESULTADOS	38
IV.1 Caracterização dos membros da equipe de trabalho do Centro de Saúde e suas avaliações à respeito do serviço.....	38
IV.2 Análise do questionário: características sócio-demográficas dos moradores entrevistados	39
IV.3 Opinião dos usuários sobre o serviço	44
V DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	56
VI Referências Bibliográficas	75
Anexos	78

AGRADECIMENTOS

À todas as pessoas, moradores da área de abrangência do Centro de Saúde estudado, membros da equipe do serviço, professores e amigos, que colaboraram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho.

Meu muitíssimo obrigado.

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1	Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e faixa etária decenal, Botucatu, 1999	40
Tabela 2	Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e sexo, Botucatu, 1999	40
Tabela 3	Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e escolaridade, Botucatu, 1999.....	41
Tabela 4	Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e anos freqüentados na escola, Botucatu, 1999	41
Tabela 5	Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e grupos ocupacionais, Botucatu, 1999	42
Tabela 6	Distribuição dos 82 entrevistados não usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo a posse de seguro saúde, Botucatu, 1999	43
Tabela 7	Distribuição dos 82 entrevistados não usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os motivos referidos para a não utilização do serviço, Botucatu, 1999	43
Tabela 8	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os motivos referidos para a utilização do serviço, Botucatu, 1999	44
Tabela 9	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da facilidade de chegar ao serviço a partir da moradia, Botucatu, 1999	45
Tabela 10	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os meios de transporte utilizados para chegarem ao serviço, Botucatu, 1999	46
Tabela 11	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o tempo de matrícula no serviço, Botucatu, 1999	46

Tabela 12	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o tempo de moradia na área de abrangência do serviço, Botucatu, 1999	47
Tabela 13	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os serviços que costumam usar no serviço, Botucatu, 1999	48
Tabela 14	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o tipo da última utilização do serviço, Botucatu, 1999	49
Tabela 15	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o conhecimento de outros serviços oferecidos além dos que costuma utilizar, Botucatu, 1999	49
Tabela 16:	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o conhecimento de demais serviços oferecidos além daquele(s) usado(s), Botucatu, 1999	50
Tabela 17	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o conhecimento do horário de funcionamento do serviço, Botucatu, 1999	51
Tabela 18	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da conveniência do horário de funcionamento do serviço, Botucatu, 1999	51
Tabela 19	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do atendimento médico recebido, Botucatu, 1999	52
Tabela 20:	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da forma como o agendamento da consulta médica é realizado, Botucatu, 1999	52
Tabela 21	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do intervalo de tempo entre o agendamento e a	

	realização da consulta médica, Botucatu, 1999	53
Tabela 22	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do horário de realização de consultas médicas, Botucatu, 1999	53
Tabela 23	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do atendimento de enfermagem no serviço, Botucatu, 1999	54
Tabela 24	Distribuição dos 107 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” que precisaram remarcar consultas médicas e/ou odontológicas no último ano segundo opinião a respeito da facilidade para remarcar, Botucatu, 1999	54
Tabela 25	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da resolução do problema que o(a) levou a procurar o serviço na última vez, Botucatu, 1999	55
Tabela 26	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do conforto e limpeza da sala de espera do serviço, Botucatu, 1999	56
Tabela 27	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo sua disposição em recomendar os serviços oferecidos, Botucatu, 1999	56
Tabela 28	Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião sobre o tratamento recebido dos funcionários do serviço, Botucatu, 1999	57
Quadro 1	Caracterização do Quadro Físico das Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, 1995	25
Quadro 2	Distribuição do espaço físico interno do Centro De Saúde, Botucatu, 1999	31
Quadro 3	Distribuição dos profissionais que atuam no Centro de Saúde, de acordo com as respectivas cargas horárias, Botucatu, 1999	32

LISTA DE SIGLAS

- AIS** – Ações Integradas de Saúde
- CIMS** - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
- CMS** – Coordenadoria Municipal de Saúde
- CONASP** – Conselho Consultivo de Administração da Saúde
Previdenciária
- CONUS** – Conselho de Unidades de Saúde
- CSE** – Centro de Saúde Escola
- ERSA** - Escritório Regional de Saúde
- FUNRURAL** – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- PAM** – Posto de Assistência Médica
- SES – SP** – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A condição da acessibilidade aos serviços básicos de atenção à saúde envolve um conjunto de variáveis, tais como: distância entre a moradia e o serviço de saúde, a capacidade de oferta do serviço, a receptividade do funcionário para com o usuário, o intervalo de tempo entre o agendamento e a obtenção da ação de saúde requerida pelo usuário, a necessidade do usuário, entre outras. Como estas variáveis se apresentam e se relacionam entre si, merece ser conhecido, analisado e disponibilizado a todos aqueles que se interessam pelo bom funcionamento do sistema de saúde.

O presente trabalho reúne informações que contextualizam teórica e conjunturalmente o objeto de estudo, qual seja, acessibilidade à rede pública de atenção básica à saúde de Botucatu, que aqui é estudada analisando-se o Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”.

Para o desenvolvimento deste estudo, realizaram-se 269 entrevistas domiciliares entre moradores da área de abrangência do Centro de Saúde. Também foram coletadas opiniões dos membros da equipe deste serviço estudado através de questionário.

Os resultados obtidos indicam, entre outros aspectos, que dos moradores entrevistados na área de abrangência do serviço estudado, 69,5% (IC 90% 64,9% – 74,1%) são usuários e 30,5% (25,9% - 35,1%) não são usuários. Quanto às características demográficas dos moradores entrevistados, tanto usuários, quanto não usuários se concentram na faixa etária compreendida entre 20 e 50 anos de idade. Em relação ao sexo, entre os usuários, a clientela é majoritariamente feminina 84,5% (80,2% - 88,8%), ao passo que entre os não usuários, a distribuição do sexo é mais equilibrada 40,2% (31,4% - 49,1%) homens e 59,8% (50,9% - 68,6%) mulheres.

Quanto ao seu vínculo com o Centro de Saúde, os resultados indicam entre os aspectos relativos às suas necessidades e avaliação das ações de saúde oferecidas pelo serviço, que entre os não usuários, 42,7%

(33,7% - 51,6%) utilizam outra unidade de saúde e 30,5% (22,2% - 38,8%) possuem convênio e, por isso, não utilizam este Centro de Saúde. Entre os usuários, 40,6% (34,8% - 46,5%) utilizam este Centro de Saúde por ser o mais próximo de suas residências. Quanto às ações/procedimentos de saúde oferecidas pelo serviço, 43,3% (37,4 - 49,3) dos usuários utilizam a consulta médica com maior frequência. Outros resultados relativos à satisfação do usuário em relação ao Centro de Saúde nos permitem concluir que a acessibilidade supõe algo mais que a mera existência ou disponibilidade de recursos em um momento determinado.

Este tema tem sido pesquisado, pelo menos, nos últimos 40 anos, mas ainda se faz necessário estudar condições de acessibilidade no âmbito das políticas de saúde, tendo uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

O presente estudo contribui com o sistema municipal de saúde para fins de planejamento e avaliação dos serviços públicos de atenção básica à saúde.

ABSTRACT

The accessibility to primary health care comprises a set of variables such as: distance between the house of the user and the health service, service offer, receptivity of the employee towards the user, the time spent between setting the appointment and the assistance required by the user and his necessities. How these variables occur and relate to one another is not only worth being studied and analyzed but it should also be provided to those interested in the appropriate management of the health system.

This research gathers information which contextualize in theory and in practice the object of study that is, accessibility to public health service in Botucatu, which is studied through the evaluation of the Health Center “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”.

Two hundred and sixty nine interviews were made in the houses of the population of the area assisted by the Health Center and the opinion of the staff of this service was heard through questionnaires.

The results show that among the dwellers of this area 69,5% (CI 90% 64,9% – 74,1%) are users, and 30,5% (25,9% - 35,1%) are non users. As to demographic characteristics, users as well as non-users, the age ranges from 20 to 50 years old.

As to gender, among the users, the clientele is mostly female 84,5% (80,2% - 88,8%) but among the non-users sex distribution is more balanced 40,2% (31,4% - 49,1%) men and 59,8% (50,9% - 68,6%) women.

Considering the relationship to the Health Center mainly the aspects related to their necessities and evaluation of the service offered, the results show that among the non-users, 42,7% (33,7% - 51,6%) use another health unit and 30,5% (22,2% - 38,8%) have a health plan and do not use the Health Center. Among the users, 40,6% (34,8% - 46,5%) use this Health Center because it is closer to their house. As to the service

provided, 43,3% (37,4 – 49,3) of the users have a doctor appointment more frequently. Other results concerning the satisfaction of the user towards the Health Center allow us to conclude that accessibility means more than the mere existence or availability of resources at a certain time.

This issue has been studied in the last 40 years but it is still necessary to carry on the research about the accessibility in the realm of health policies, having a comprehensive view in which it may be possible to comprise an economic dimension related to offer and demand, a technical dimension, related to planning and organization of these services; a political dimension related to the strengthening of the awareness and its consequent actions, and a symbolic dimension related to a social view concerned about care and the health system.

The present study can be used as a tool to improve the planning and the evaluation of the primary public health services.

APRESENTAÇÃO

Envolvida prioritariamente com o atendimento da clientela e orientada para o registro quantitativo dos procedimentos para fins de relatórios de produção, nem sempre é possível, para a equipe do serviço, conhecer e analisar a condição da acessibilidade aos serviços básicos de atenção à saúde.

Para os usuários, também, nem sempre é conhecido e claro o funcionamento dos serviços de saúde.

A condição da acessibilidade aos serviços básicos de atenção à saúde envolve um conjunto de variáveis, tais como: distância entre a moradia e o serviço de saúde, a capacidade de oferta do serviço, a receptividade do funcionário para com o usuário, o intervalo de tempo entre o agendamento e a obtenção da ação de saúde requerida pelo usuário, a necessidade do usuário, entre outras. Como estas variáveis se apresentam, se estas se relacionam entre si, merecem ser conhecidas, analisadas e disponibilizadas a todos aqueles que se interessam pelo bom funcionamento do sistema de saúde.

O presente trabalho reúne informações que contextualizam teórica e conjunturalmente o objeto de estudo, qual seja, condições de acessibilidade à rede pública de atenção básica à saúde: o Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”. Apresenta também o material e método utilizados para a sua realização, além dos resultados obtidos, sua discussão e conclusões.

A expectativa deste estudo é contribuir com o sistema municipal de saúde, disponibilizando-o a todas as pessoas, instituições e entidades envolvidas, para fins de planejamento e avaliação dos serviços públicos de atenção básica à saúde.

I – INTRODUÇÃO

I.1. Contextualização da acessibilidade no Brasil

A política de assistência à saúde no Brasil esteve, desde os anos 20, vinculada à Previdência Social, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões por empresa, instituições previdenciárias que tinham, dentre outras, a atribuição de prestação dos serviços médicos. Por intermédio de um processo de concentração e substituição, a partir do início dos anos 30, progressivamente, foram constituídos Institutos de Aposentadorias e Pensões por categorias profissionais. A responsabilidade pela assistência médica dos seus segurados e dependentes permaneceu entre as atribuições destes institutos, como função secundária e com restrições quanto à participação percentual de seus custos no conjunto dos gastos, em virtude da participação do Estado no financiamento dos mesmos. O Ministério da Saúde ficou, desde a sua origem, responsável pelas ações preventivas através das campanhas sanitárias, assumindo, na área de assistência médica, apenas as funções de criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas.

A constituição da Política Social brasileira nestes moldes inscreveu-se num processo de obtenção de direitos sociais de caráter particularista: de cidadania regulada³⁷. Neste padrão, os direitos sociais foram alcançados em função da categoria profissional, sendo a condição de cidadão subordinada à importância que cada ocupação adquiria no mercado. A ponderação dessa importância e a conseqüente regulamentação da profissão correspondente foi efetuada pelo Estado através da legislação trabalhista, sindical e previdenciária. Desse modo, constituíram-se direitos sociais estratificados e a carteira de trabalho tornou-se o certificado legal da cidadania.

Com o regime burocrático-autoritário implantado no país a partir de 64, a Previdência Social brasileira passou por importante reestruturação. Os institutos de previdência urbana foram unificados no Instituto Nacional

de Previdência Social (INPS), num processo de centralização sob controle estatal que uniformizou benefícios e excluiu os trabalhadores da gestão. Ao mesmo tempo a cobertura previdenciária foi ampliada, com a regulamentação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), incluindo os trabalhadores rurais no sistema previdenciário e, posteriormente, mediante contribuição individual, os benefícios foram estendidos ao empregados domésticos e trabalhadores autônomos.

Com a extensão da cobertura previdenciária para grande parte de trabalhadores urbanos e seus dependentes, e para parcela da população rural, ao mesmo tempo ampliou-se o acesso à assistência médica da população brasileira.

Consolidou-se deste modo durante a década de 70 um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, no privilegiamento da contratação do setor privado através da assistência médica previdenciária, bem como no descaramento das ações de saúde pública, registrando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente. Privatista, por privilegiar a contratação, pelo Instituto Nacional de Previdência Social, do setor privado para a prestação de serviços médicos principalmente hospitalares, garantindo diretamente a expansão de empresas de serviços médicos e, indiretamente, a capitalização da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Excludente, por guardar as características do modelo de seguro que condiciona o direito à assistência à contribuição prévia, excluindo do acesso milhões de brasileiros não vinculados ao mercado formal de trabalho, não contribuintes da Previdência Social, e que nos dias atuais já são a maioria da população economicamente ativa brasileira. Tal modelo resultou em grandes disparidades no acesso de diferentes grupos sociais às ações de saúde com a exclusão de importante parcela da população do acesso aos vários níveis de atenção.

Na década de 80 o contexto da grave crise econômica e do

processo de democratização do país possibilitou a discussão dos problemas a enfrentar na atenção à saúde, produzindo-se importantes modificações neste cenário. Foram identificados como problemas a desigualdade no acesso, a multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor, a desorganização da rede, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes, a falta de integralidade na atenção e a centralização do processo decisório²³.

A conjuntura de crise econômica neste período tornou as políticas governamentais permeáveis à mudanças de efeito racionalizador e o processo de democratização possibilitou a participação de novos atores sociais pressionando o Estado a estabelecer políticas sociais mais eqüitativas.

Em meados dos anos 70 começou a gestar-se um movimento de redemocratização no interior do setor saúde, denominado Movimento Sanitário, que produziu propostas baseadas no entendimento da saúde enquanto direito social universal a ser garantido pelo Estado.

A década de 80 foi marcada pelo movimento sanitário nacional, conhecido como Reforma Sanitária. Pressionados pela conjuntura política, os governos federal e estaduais intervieram para reorganizar a oferta de serviços públicos. As prefeituras foram também envolvidas neste processo. O Estado “assumiu” como seu dever em relação à saúde a necessidade de ampliação do acesso à atenção, provendo a um maior número de pessoas um leque mais diversificado de ações e serviços de saúde.

Esta ampliação do acesso à atenção foi sendo implementada ao longo das últimas duas décadas através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, objetivando unificar e descentralizar a atenção à saúde. Um dos primeiros princípios ditados para a ampliação do acesso foi a universalização da atenção, passando toda a população a ter direito ao acesso aos serviços de saúde previdenciários próprios ou contratados, até então restritos aos

contribuintes da Previdência Social.

A esse acesso universal às ações de saúde, como direito de cidadania garantido em nível jurídico no final dos anos 80, opõe-se o acesso particularizado ao sistema, dado por uma estrutura consolidada ao longo dos anos, cuja tônica permanece atrelada aos imperativos privatistas. Ao acesso universal opõe-se o acesso seletivo²¹. Assim, os impasses impostos à concretização do direito universal à saúde conjugam fatores inerentes:

- a) à relação mais estrutural entre Estado e sociedade,
- b) ao relacionamento próprio da forma de regulação social do Estado brasileiro,
- c) à própria dinâmica interna do sistema de saúde,
- d) aos mecanismos internos aos serviços, enquanto operacionalização cotidiana de uma política.

É inegável a profunda mudança produzida na organização do Sistema de Saúde, especialmente em relação à unificação e à descentralização, embora persistam problemas quanto à distribuição de competências entre níveis de governo federal, estadual e municipal, no que diz respeito à distribuição de poder, responsabilidades e recursos.

O governo federal, objetivando reorganizar a assistência médica no país, criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que implantou, para o setor público, as Ações Integradas em Saúde (AIS)⁸.

As AIS foram a primeira tentativa de estabelecer um atendimento integrado entre as diferentes esferas públicas (municipal, estadual, federal e as universidades). As AIS possibilitaram convênios entre o Ministério da Previdência e as Secretarias Estaduais, e estas, por sua vez, firmaram convênios com as Secretarias Municipais de Saúde. Estes convênios visavam, principalmente, o repasse de recursos para que se ampliassem os atendimentos primário e de urgência^{8 39}. Além do atendimento integrado, as AIS também visavam a universalização do atendimento, isto

é, a sua extensão para a população independentemente de seu vínculo previdenciário.

Em março de 1986 realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde. Entre as resoluções aprovadas, uma delas dizia: “... a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”³¹. Esta Conferência, aprovou que os objetivos propostos pelas AIS deveriam ser perseguidos, apontando para um objetivo maior, qual seja, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes preceitos: hierarquização, integralização de ações, universalidade do atendimento e descentralização, com acentuação do papel do município¹⁰.

Neste contexto histórico/político, em 1988, o Congresso Constituinte aprova a Constituição Federal, reconhecendo a saúde como um direito social (art. 6º da Constituição), caracterizando-a como política de “relevância pública” (art. 197 da Constituição). A Constituição determina, também, que a formulação e gestão das ações de saúde sejam feitas com a participação da comunidade assistida, e atribui aos municípios um papel relevante na solução dos problemas de saúde do país, inclusive nos serviços médico-assistenciais¹⁰.

Inicia-se, então, a luta pela Regulamentação e Implantação do SUS, paralelamente a consolidação e avanços das práticas institucionais em andamento, a partir das AIS/SUDS².

No âmbito dos Estados e municípios iniciam-se as formulações e promulgações das Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, incorporando os princípios e diretrizes da Saúde da Constituição Federal. Começam a ocorrer mudanças organizacionais no Ministério da Saúde, INAMPS, Secretarias Estaduais e mudanças ou criação de novas Secretarias Municipais de Saúde².

Em março de 1990, o INAMPS é vinculado ao Ministério da Saúde e na sua reestruturação, ocorrida em maio do mesmo ano, é “instalado” o

Departamento do SUS, subordinado a uma Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Neste mesmo período é criada a Fundação Nacional de Saúde e são extintos os Escritórios Regionais do INAMPS e os Serviços Locais de Medicina Social, sob o argumento da diretriz de descentralização das ações de saúde para estados e municípios².

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 de 1990, respaldada na Constituição Federal, torna obrigatória a criação de um Sistema Único de Saúde¹⁰. Para atingir o objetivo proposto, os municípios assumem papel imprescindível na elaboração da política assistencial e na sua avaliação com a participação da população, como determina a LOS e a Constituição Federal¹⁰.

As Normas Operacionais Básicas SUS 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 passam a ser instrumentos estratégicos importantes na operacionalização do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUS, ao logo da década de 90².

Dentro dos preceitos do SUS, as unidades básicas de saúde, distribuídas geograficamente no município devem ser a “porta de entrada” do sistema de saúde, facilitando o atendimento de moradores de uma determinada área da cidade. Ou seja, devem oferecer atenção integral à saúde dos moradores locais dentro das atribuições estabelecidas para o nível da atenção primária, e deste modo, triar os pacientes para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde: os serviços ambulatoriais de especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de atendimento de urgência e emergência e hospitais gerais e, finalmente, os serviços hospitalares de maior complexidade, de caráter regional, estadual ou nacional.

O objetivo desta proposição seria racionalizar o atendimento, criando um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, assegurado pelo sistema de referência e contra-referência. Assim, as necessidades de assistência dos usuários seriam adequadamente atendidas nos níveis tecnológicos adequados.

A proposição de “regionalização e hierarquização” dos serviços de saúde está indissociavelmente ligada à idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde para todos. A expansão da “rede básica” para garantir acesso universal ao sistema de saúde poderia ser tida como a expressão política básica do movimento sanitário. Este poderia ser o espaço para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo vigente, sabidamente centrado no atendimento médico, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde.

A hierarquização dos serviços seria o principal mecanismo para a racionalização no uso dos poucos recursos destinados ao setor saúde. Ela garantiria o acesso, para o usuário que entrou no sistema pela rede básica, a todos os recursos tecnológicos necessários para atender às suas necessidades. Por outro lado, a proximidade das unidades básicas de saúde da residência do usuário seria um facilitador tanto do seu deslocamento quanto do seu vínculo afetivo com a equipe de trabalho da unidade.

Podemos dizer que o sistema de saúde representado por esta pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde.¹¹ Entretanto, o acesso da população às ações de saúde ocorre de forma diferenciada, não em função dessa hierarquização formal dos serviços como propõe o princípio legal mas, a partir de uma estratificação da clientela. O fenômeno se deve, entre outras coisas, à dinâmica do processo de trabalho do profissional médico, que muitas vezes estabelece clientelas particulares dentro do próprio serviço público, e às estratégias que a população utiliza para fazer frente a esse quadro restritivo, em termos das possibilidades reais de atendimento, principalmente se considerados os níveis superiores da atenção médica. Some-se a isso o fato de que o critério geográfico de proximidade da

moradia dos usuários (argumento chave na definição da localização dos serviços, segundo critérios racionais) como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde não garante acesso real, pois outros fatores como a informação, a qualidade do atendimento e a identificação da clientela com o serviço, bem como as resistências colocadas pelas instituições, permeiam a relação acesso/utilização¹³.

A acessibilidade da população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as “resistências” que são oferecidas pelo próprio serviço - que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam - e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores - que se expressam nas razões para o bom atendimento - por parte de quem é atendido e conforma seu perfil de demanda”¹³.

A acessibilidade enquanto um indicador de universalização do direito à saúde, devido as suas especificidades, pode estar assumindo a função, não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento. Ou seja, há que se supor a existência de um processo de “universalização excludente” onde cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas, etc.) que expulsa do sistema diversos segmentos sociais²¹. Processo este que exclui para o subsistema privado os segmentos médios em diante, abrindo um espaço para o Estado se capacitar a atender eficientemente os setores sociais que continuaram possuindo no subsistema público o seu referencial básico de assistência

²¹ .

No Estado de São Paulo, em 1982, o governo Montoro incorporou ao seu plano de governo essas alterações na política de assistência à saúde proposta pelo governo federal, cujo lema para a área da saúde era

“Descentralização e Participação”. Em 1986, foram criados os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), cuja função principal era gestão de recursos e estabelecimento de programas e prioridades de acordo com as realidades locais¹⁵.

I.2 – A política de saúde municipal

Em Botucatu, as mudanças relacionadas às políticas nacional e estadual de saúde ocorridas à partir do início da década de 80, pautadas pelas diretrizes da descentralização das instituições e a sua unificação gerencial nas esferas municipal, estadual e federal, começam a acontecer em 1983, através da criação da Coordenadoria Municipal de Saúde (CMS), quando se inicia a estruturação do “Setor Saúde” em nível municipal³³.

Anteriormente a estas mudanças, as questões de saúde da população local eram gerenciadas pelo nível federal e estadual, no que se refere ao atendimento público. A cidade era subdividida em duas áreas programáticas, nas quais, a responsabilidade do atendimento primário à saúde pertencia ao Centro de Saúde Escola, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e ao Centro de Saúde I, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo³³.

Os serviços de saúde existentes no município não se articulavam entre si. Cada um deles atuava totalmente independente, com sobreposição de atribuições, atendimento exclusivo de demanda espontânea municipal e regional, sem critérios de hierarquização de serviços³⁸.

Após as eleições municipais de 1982, a universalização, equidade, hierarquização do atendimento e descentralização dos serviços de saúde foram assumidos como compromisso político municipal.

Em 1983, com a criação da Coordenadoria Municipal de Saúde, foi realizado um zoneamento da cidade, baseado nos critérios de acessibilidade, contingente populacional (8 a 12 mil habitantes) e de

alguma forma de homogeneidade social e epidemiológica, quando foram estipuladas as necessidades de recursos físicos (centros de saúde), humanos e materiais, que foram se concretizando, no período que se segue³⁵.

Em 1984, o município assinou o convênio das AIS, criando possibilidades de ampliação da rede básica de atendimento, do quadro de funcionários e implantação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS).

Com a implantação das Ações Integradas de Saúde, no ano de 1985, foi possível, através da canalização de recursos advindos da assinatura desse convênio, a ampliação e a diversificação dos serviços do município (urbanos e rurais), em termos físicos e materiais e também na alocação de recursos humanos²⁹.

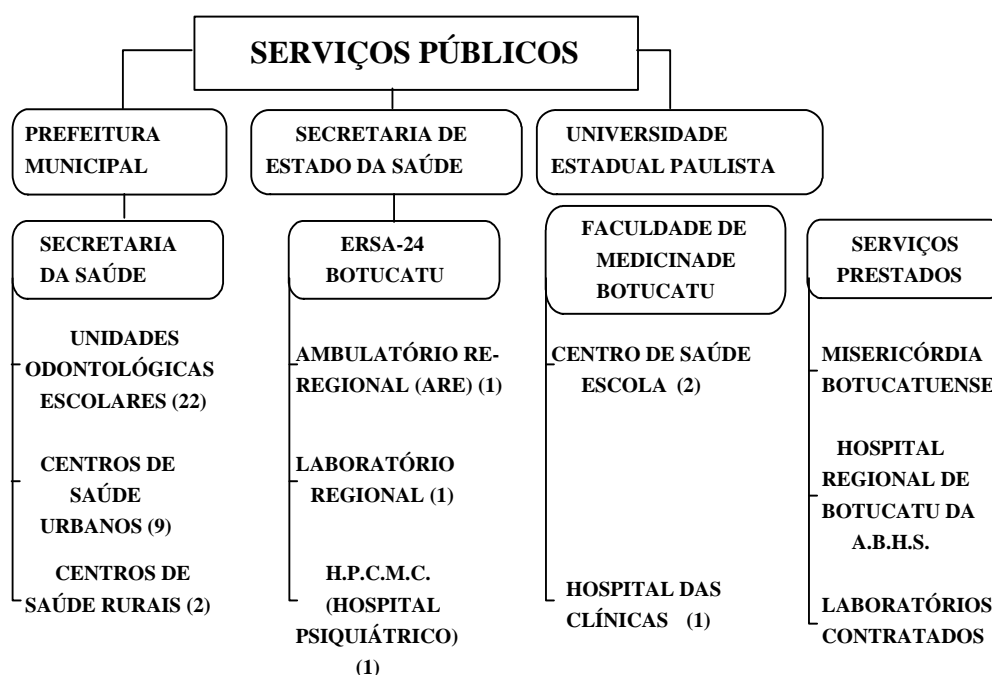
No ano de 1987, dá-se a municipalização dos serviços de saúde em Botucatu, quando as unidades de atenção primária passam a ser gerenciadas pelo setor municipal de saúde, com exceção do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e do Ambulatório Regional do ERSA-24. As ações básicas de saúde ficam, desta forma, na esfera do município, a quem cabe definir diretrizes e objetivos; traçar, coordenar e avaliar programas; dentre outras atividades, pautando-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e pela política estadual de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP³⁵.

Em 1991, é criado o Conselho Municipal de Saúde com a representação da comunidade botucatuense (50% dos membros), abrindo-se espaço para a participação institucionalizada dos usuários na definição e acompanhamento do planejamento em Saúde no município de Botucatu, segundo a Lei Complementar nº 024/91. Esta participação teve um impulso com a ampliação, a partir de 1993, dos Conselhos de Unidades de Saúde (CONUS) que, até então, existia efetivamente somente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, o Centro

Municipal de Saúde do Jardim Peabiru ³³.

Em termos de organização dos serviços públicos de saúde, em 1995, Botucatu contava com três sub-setores de gerenciamento: a Prefeitura Municipal, a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Estadual Paulista, aos quais se subordinam as unidades de suas respectivas competências. Contava, também, com serviços privados conveniados/contratados, conforme mostra a seguir a Figura 1, sendo válido destacar que em 1994 a Coordenadoria Municipal de Saúde passou ao porte de Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SMS)³³.

FIGURA 1 – Esquema Gerencial do Setor Saúde – Botucatu, 1995



FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU, 1995

Para atender a população, o município de Botucatu passou a dispor dos seguintes serviços de saúde: em relação à assistência primária, 11 unidades básicas de saúde, sendo duas na zona rural. Em relação à assistência secundária, o Ambulatório Regional, resultado da junção do

Centro de Saúde I e do Posto de Assistência Médica do INAMPS, e os ambulatórios de Triagem e de Especialidades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, com 300 leitos, sendo 46 leitos pediátricos e o Hospital Psiquiátrico Prof. Cantídio de Moura Campos – HPCMC-SES, com 270 leitos. O município conta, também, com mais dois hospitais da rede privada: Hospital Regional da Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana e a Misericórdia Botucatuense, que são conveniados e/ou contratados pelo setor público³⁵.

Em se tratando, especificamente da rede básica de saúde, o município apresenta o seguinte quadro físico:

Quadro 1 – Caracterização do Quadro Físico das Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, 1995

Unidade de Saúde	Ano de Instalação	Pop. Referência	Situação	Gerência
CS Vitoriana	1983	1.857	Rural	Prefeitura
CS COHAB	1984	7.996	Urbana	Prefeitura
CS César Neto	1985	1.232	Rural	Prefeitura
CS Jardim Peabiru	1985	14.250	Urbana	Prefeitura
CS CECAP	1988	7.951	Urbana	Prefeitura
CS Vila São Lúcio	1990	7.027	Urbana	Prefeitura
CS Vila Jardim	1993	2.500	Urbana	Prefeitura
CS Pque. Marajoara	1994	1.500	Urbana	Prefeitura
CSE Vila Lavradores	1972	20.086	Urbana	UNESP
CSE Vila Ferroviários	1981	5.635	Urbana	UNESP
Ambulatório Regional	1991	22.507	Urbana	ERSA/Pref.

Fonte: Botucatu, Secretaria Municipal de Saúde, 1995

Quanto ao gerenciamento dessas unidades, temos: as unidades urbanas gerenciadas pela Prefeitura estão sob a direção de técnicos (6 enfermeiras) e as unidades rurais sob a supervisão semanal de seus

responsáveis técnicos (2 enfermeiras), sendo indicados e sem cargo formal estabelecidos; as unidades do Centro de Saúde Escola – CSE são gerenciadas pelo Conselho Diretor, com representação da UNESP, SES e SMS, dirigidas, na prática, por um diretor técnico (designado pelo diretor da Faculdade de Medicina) e o Ambulatório Regional que é co-gerenciado pela Prefeitura Municipal e pelo ERSA da SES, possuindo uma estrutura gerencial formal com diretoria técnica e chefias técnicas e administrativas ³⁵.

Em relação às ações/procedimentos de saúde a serem desenvolvidas em todas as UBSs são propostas para o município as seguintes: "matrícula nas unidades e inscrição nos programas; atendimento médico nas áreas básicas de pediatria, ginecologia e clínica geral; atendimento de enfermagem; atendimento de serviço social; atendimento odontológico; preparo e pós-consulta médica e enfermagem; fornecimento de atestados e licenças saúde; trabalho de grupos educativos e terapêuticos; educação sanitária; visita domiciliar; aplicação de tratamentos (injeções, curativos, reidratação, inalações, etc.); vacinação; colheita de material para exames e obtenção de registros gráficos; dispensa de medicamentos; vigilância nutricional e suplementação alimentar; vigilância sanitária; referência de clientes para consultas especializadas, serviços auxiliares de diagnose e terapia e internações; processamento e esterilização de materiais; colheita e consolidação de informações de produção, controle, avaliação e supervisão técnico-administrativa."³⁵.

Em janeiro de 1996 realizou-se em Botucatu a II Conferência Municipal de Saúde. Uma das resoluções nela aprovada dizia respeito à necessidade de conhecer mais aprofundadamente o estágio do processo de municipalização da atenção à saúde. Em relação ao progresso da municipalização da atenção à saúde, a Conferência recomendou "que se proceda ao desenvolvimento das Unidades Básicas de Saúde Municipais, capacitando-as para uma atenção primária de boa qualidade".⁷

Em um documento, dos anos 90, denominado “Política de Saúde”, a Secretaria Municipal de Saúde, define como Objetivos:

1. Consolidar o SUS no município, garantindo à população acesso universal e igualitário aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
2. Planejar, gerenciar, controlar, avaliar, direcionar a política de saúde segundo os princípios e diretrizes do SUS.

II – OBJETIVOS

Este estudo objetivou conhecer as condições de acessibilidade do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”, uma das 12 unidades básicas de saúde da rede pública municipal de Botucatu, considerando ser a acessibilidade um dos requisitos necessários à conquista da democratização da atenção à saúde. Em especial, o estudo visou:

1. Investigar os fatores que facilitaram ou dificultaram o acesso aos serviços oferecidos por este Centro de Saúde à população;
2. Investigar a existência de relações entre os motivos referidos de uso ou não uso dos serviços oferecidos por este Centro de Saúde pelos moradores e variáveis sociais e demográficas.

III – MATERIAL E MÉTODO

Visando atingir os objetivos acima enunciados, a presente investigação foi desenvolvida no Município de Botucatu, mais especificamente na área de abrangência do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”, localizado no Conjunto Habitacional “Humberto Popolo”, incluindo sua unidade de saúde.

Na primeira fase do estudo de campo, foram colhidas informações existentes no Centro de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde sobre a política municipal de saúde e sobre a estrutura e funcionamento do serviço. As informações disponíveis no Centro de Saúde foram fornecidas pela enfermeira-chefe. Na sede da Secretaria Municipal de Saúde realizou-se levantamento nos documentos oficiais existentes.

III.1 – O Centro De Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”

O Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” (mais conhecido como CS da Cohab), localizado no Conjunto Habitacional “Humberto Popolo”, foi escolhido para a investigação por ter sido a primeira Unidade Básica de Saúde implementada a partir das diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde, naquela época ainda não promulgado.

O Conjunto Habitacional “Humberto Popolo”, com 1583 casas, foi entregue à população em janeiro de 1984. No mês de setembro do mesmo ano, o Centro de Saúde ali instalado deu início às suas atividades. O número total de habitantes da sua área de abrangência, naquela data, era de 5.500 moradores.

Precedeu o início de seu funcionamento a realização de um censo demográfico, coordenado pela Prefeitura Municipal e Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, tendo como objetivos dimensionar a população segundo o sexo e a idade; estudo da ocupação dos moradores, homens e mulheres, para elaboração dos programas de saúde a serem executados; além de subsidiar o

planejamento de recursos humanos e materiais necessários ao Centro de Saúde. Cinquenta e oito reuniões domiciliares foram realizadas a cargo da equipe de saúde (8 profissionais) para que os moradores opinassem sobre o funcionamento do Centro de Saúde¹⁷.

O Centro de Saúde começou a funcionar em prédio próprio de 11 cômodos, com 4 funcionários municipais e um funcionário estadual cedido. No seu primeiro mês de funcionamento, a principal tarefa foi abrir prontuários familiares. As demais ações/procedimentos oferecidas eram: consultas médicas e procedimentos básicos de enfermagem, tais como vacinação, inalação, medicação, curativos, entre outros. Logo nos primeiros meses de seu funcionamento, o horário de atendimento foi estendido para o turno noturno. Durante 10 anos o Centro de Saúde funcionou neste prédio.

Em abril de 1995 inaugurou-se o novo prédio do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”. O prédio atual tem boa iluminação e ventilação, com salas e consultórios de tamanhos adequados e corredores amplos; o piso é anti-derrapante e lavável. As paredes das salas de atendimento básico são azulejadas até o teto, facilitando a limpeza e reduzindo a contaminação. O acesso ao interior do Centro de Saúde se dá por rampa, facilitando a locomoção dos portadores de deficiência física.

O atual Centro de Saúde é constituído de 26 cômodos, assim distribuídos:

Quadro 2: Distribuição do espaço físico interno do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”, Botucatu, 1999

Descrição	Nº	Descrição	Nº
Sala de recepção	01	Sala de coleta de exames	01
Sala de pré-consulta	01	Sala de curativos	01
Sala de pós-consulta e farmácia	01	Sala de inalação	01
Consultórios clínicos	03	Sala de medicação	01
Consultórios ginecológicos	02	Sala de esterilização	01
Consultório odontológico	01	Sala de vacinação	01
Sala de reuniões	01	Sala de grupo	01
Sala de espera	01	Lavanderia/almojarifado	01
Sala de administração	01	Sanitários públicos	02
Sala de vigilância epidemiológica	01	Sanitários de funcionários	02
Copa/cozinha	01	Total	26

Em termos de recursos humanos, o Centro de Saúde dispunha, na ocasião em que foi feito o presente levantamento, de diferentes profissionais de saúde distribuídos em três turnos e atendendo em distintos horários, conforme o quadro abaixo:

Quadro 3: Distribuição dos profissionais¹, que atuam no Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”, de acordo com as respectivas cargas horárias, Botucatu, 1999

Profissional	nº	Dias da semana	Hr. atendimento
pediatras	02	segunda a sexta-feira	13:00 às 19:36hs.
pediatra	01	segunda a sexta-feira	07:00 às 13:36hs.
médico clínico	01	segunda a sexta-feira	07:00 às 13:36hs.
médico clínico	01	segunda a sexta-feira	13:00 às 19:36hs.
médico clínico	01	segunda a sexta-feira	14:00 às 20:36hs.
médico ginecol.	01	segunda a sexta-feira	07:00 às 13:36hs.
médico ginecol.	01	2ª, 4ª, 5ª e 6ª feiras	07:00 às 13:36hs.
enfermeira	01	segunda à sexta-feira	08:00 às 18:00hs.
assistente social	01	segunda à sexta-feira	08:00 às 18:00hs.
dentista endodontista	01	2ª, 4ª e 6ª feiras (referência) 3ª e 5ª feiras (endodontia)	07:00 às 13:36hs.
dentista - clínico	01	2ª, 4ª e 6ª feiras 3ª e 5ª feiras	13:00 às 19:36hs. 07:00 às 19:36hs.
dentista - clínico	01	segunda à sexta-feira	14:00 às 20:36hs.
visitador sanitário	01	segunda à sexta-feira	07:00 às 17:18hs.
aux. odontol.	01	segunda à sexta-feira	07:00-11:00 12:30-17:18hs
aux. odontol.	01	segunda à sexta-feira	11:12-16:00 17:00-21:00
auxiliares de enfermagem	06	segunda à sexta-feira	07:00-11:00 12:00-17:48hs
atendente enfermagem	01	segunda à sexta-feira	07:00-11:00 12:00-17:48hs
servente	01	segunda à sexta-feira	07:30-11:30 13:00-17:48hs
vigias	02	segunda à domingo	19:00 às 07:00hs.
Total funcion.	26		

¹ O número de profissionais é variável, portanto, considerar que esse número foi levantado em maio/98. Quanto a carga horária, considerar que essa é a carga horária teóricamente proposta pelo serviço, mas não necessariamente, cumprida pelos profissionais.

Cerca de 9000 moradores residiam no Conjunto Habitacional “Humberto Popolo” e cerca de 3000 moradores nos demais bairros²⁸.

Com a finalidade de melhor organizar a rede de serviços, a partir do ano de 1996, definiu-se como área de abrangência do Centro de Saúde em questão os setores censitários 13 a 19 definidos pelo IBGE na ocasião (Anexo IV – mapa da área de abrangência). A área de abrangência foi dividida em três sub-áreas:

Sub-área I - Composto pelos seguintes bairros: Convívio Residencial Parque, Recreio do Havaí, Parque dos Pinheiros, Parque 24 de Maio, Jardim Aeroporto, Jardim Santa Mônica, Jardim Santa Cecília e Vila Santa Elizabeth.

Neste setor, a maioria das casas é de alvenaria, porém, precárias na sua construção, quase todas em fase de acabamento (reboco, pintura ou contrapiso, etc.). Alguns desses bairros são, parcialmente, servidos por transporte coletivo. À noite, principalmente, os moradores têm muita dificuldade para se dirigirem a outros bairros. Quanto à ocupação dos moradores, existe uma predominância de trabalhadores autônomos, como empregadas domésticas, bóias-frias, caseiros, faxineiras, serventes de pedreiros e pintores. Quanto aos estabelecimentos comerciais, existe uma predominância de bares e pequenas mercearias. No Parque 24 de Maio, está localizada uma creche municipal para atender a todo o setor. A coleta de lixo é feita em todo o setor, que é servido também por abastecimento de água e rede de esgoto. Quanto à pavimentação, somente algumas ruas dos bairros Recreio do Havaí e Convívio são asfaltadas.

Sub-área II - Este setor é composto pelos seguintes bairros: Jardim Palos Verdes, Jardim Reflorenda e Conjunto Habitacional “Engenheiro Francisco Blasi” (Cohab III).

As residências são predominantemente de alvenaria, com reboco, pintura, garagem, com bom estado de conservação e em boas condições de habitabilidade. Os bairros são servidos de transporte coletivo, coleta de

lixo, abastecimento de água, luz e rede de esgoto. A pavimentação asfáltica só não atinge algumas ruas da Cohab III. A escola localizada neste Conjunto Habitacional atende, principalmente, filhos de industriários. Um grande número de moradores trabalha como pedreiro, servente de pedreiro, industriários ou são funcionários públicos. Os estabelecimentos comerciais são de pequeno porte: mini-mercados, farmácias, oficina mecânica, bares, etc.

Sub-área III - É o próprio Conjunto Habitacional “Humberto Popolo” e parte do bairro Lavapés, que apresentam características gerais semelhantes à sub-área II.

A informatização da rede chegou ao Centro de Saúde em dezembro de 1996, facilitando o agendamento de pacientes e abertura de prontuários individuais (matrículas). Nesta ocasião, o Centro de Saúde já registrava cerca de 5000 prontuários familiares, com média de 4 pessoas por família, e 700 prontuários individuais³⁸.

III.2 – Plano amostral

Especificado um intervalo de confiança de 90%, um erro amostral de 0,05 e uma expectativa de prevalência da classe amostrada de 0,5, o tamanho amostral mínimo necessário para a condução deste estudo foi calculado segundo a fórmula abaixo⁴, que resultou em 269 moradores.

$$n \geq \frac{z_{\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n = número mínimo necessário de entrevistados

$z_{\alpha/2}$ = valor associado ao intervalo de confiança de 90% (1,64)

p = prevalência da classe amostrada (0,5)

d = erro amostral (0,05)

A partir de um cadastro universal ordenado de domicílios residenciais dessa região construído em 1997 durante a realização de

pesquisa estimando a distribuição da população economicamente ativa do município¹⁴, constatou-se a existência de 3.766 domicílios na área de abrangência do Centro de Saúde. A população estudada foi alocada efetuando-se uma amostragem aleatória sistemática de domicílios nesta área. Foram sorteados os domicílios múltiplos de 14 nesse cadastro ordenado, resultando nos 269 domicílios necessário. Os domicílios sorteados foram visitados e os objetivos do estudo foram informados ao morador adulto (18 anos e mais) que atendeu à visitadora, sendo ele convidado a participar do estudo, respondendo a um questionário (Anexo 1). Domicílios sorteados encontrados fechados durante a visita, foram visitados uma segunda vez em dia e horário diferentes da primeira visita. Encontrando-se novamente fechados na segunda visita, estes foram ainda outra vez visitados, em dia e horário diferentes das visitas anteriores. Os domicílios encontrados fechados na terceira visita foram excluídos da amostra, sendo substituídos pelo seguinte no cadastro utilizado para o sorteio.

III.3. Trabalho de campo: opinião da equipe do Centro de Saúde

Outro questionário, apresentado no Anexo 2, foi utilizado para obtenção de opiniões dos membros da equipe de trabalho do Centro de Saúde. Este questionário foi entregue a cada um deles pela enfermeira-chefe, para ser respondido individualmente. Os questionários foram também recolhidos pela enfermeira-chefe e entregues à pesquisadora. Os membros da equipe não se identificaram no questionário para assegurar sua privacidade.

Este último questionário é composto de 6 perguntas avaliando o conhecimento da equipe sobre as ações/procedimentos que o Centro de Saúde oferece à população local, sua opinião a respeito da suficiência de Recursos Humanos e estrutura física; problemas e qualidades existentes no Centro de Saúde e relacionamento da equipe de trabalho com os usuários; além daquelas referentes a escolaridade e ocupação da equipe.

Nas perguntas referentes à suficiência de Recursos Humanos e de estrutura física, as respostas deveriam, *a priori*, ser justificadas. As respostas referentes aos problemas e qualidades existentes no Centro de Saúde foram hierarquizadas por ordem de importância, segundo a opinião dos entrevistados.

A análise das respostas às perguntas 1 e 2 foi realizada separadamente por grupo de escolaridade e categorias profissionais, da seguinte maneira: formação universitária (médico, enfermeira, dentista); primeiro grau completo e segundo grau completo e incompleto (auxiliares de enfermagem, visitadora sanitária e auxiliares odontológicas), universitário incompleto (estagiária de Serviço Social) e sem identificação.

Da mesma maneira, a análise referente aos problemas e qualidades existentes no Centro de Saúde, segundo sua equipe, foi feita separadamente por grupo ocupacional e depois agrupada para composição da tabela.

III. 4. Trabalho de campo: entrevistas domiciliares

Na pesquisa de campo, utilizando-se de um questionário, apresentado no Anexo 1, foram obtidos dados demográficos e sociais dos entrevistados, bem como sobre a utilização por parte do entrevistado das ações/procedimentos oferecidos pelo Centro de Saúde estudado. As visitas domiciliares foram realizadas no período de junho a agosto de 1999, predominantemente no horário comercial, embora também tenham ocorrido em horário noturno e aos finais de semana.

O questionário aplicado aos moradores foi testado preliminarmente e ajustado. Foi constituído de 2 partes; a primeira, referente aos dados de identificação social e demográfica e a segunda, referente às opiniões sobre o serviço propriamente dito. As ocupações dos entrevistados foram agrupadas segundo a classificação de ocupações de Rumel³⁶, apresentada no Anexo 3. A esta classificação, foram acrescentados os grupos “Aposentado” (901), “Desempregado” (902), “Do lar” (903), “Estudante”

(904), “Estagiário” (905).

Cumprida a fase de levantamento de dados, estes foram codificados e tabulados, no programa Epi-Info versão 6¹⁶.

IV. RESULTADOS

IV.1. Caracterização dos membros da equipe de trabalho do Centro de Saúde e suas avaliações a respeito do serviço.

A equipe de trabalho do Centro de Saúde, em 1999, era constituída por 22 profissionais. Dentre estes, 15 membros da equipe responderam a um questionário aplicado durante a realização deste estudo para caracterização do pessoal do serviço.

Dentre os que responderam o questionário, dois deles não declararam sua escolaridade; cinco concluíram o ensino superior; dois concluíram o ensino médio; cinco concluíram o ensino fundamental e um era estudante universitária (estagiária).

Quanto a ocupação, três pessoas não a declararam; uma era visitadora sanitária; uma era estagiária de Serviço Social; duas eram auxiliares odontológicas; quatro eram auxiliares de enfermagem; uma era enfermeira-chefe e três eram médicos.

Quando argüidos sobre os tipos de ações e procedimentos oferecidos pelo Centro de Saúde, os mais citados pela equipe foram atendimento médico, assistência social, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico, coleta de exames, imunização e distribuição de medicamentos.

Os problemas existentes no Centro de Saúde mais referidos pelos 15 funcionários que responderam o questionário aplicado foram: em primeiro lugar, falta de recursos humanos; em segundo, falta de medicamentos; em terceiro, falta de colaboração dos usuários. Outros problemas citados em menor grau foram: atraso no pagamento dos salários; desinformação da população quanto às funções do Centro de Saúde; influência da “politicagem” no serviço; dificuldade no agendamento para especialidades no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) e UNESP; demora na realização dos exames laboratoriais; e poucas oportunidades para reciclagem dos funcionários.

De acordo com os funcionários do Centro de Saúde que

responderam o questionário, as principais qualidades do serviço são: integração da equipe, eficiência da chefia, qualificação profissional da equipe e qualidade do atendimento prestado.

Quanto ao relacionamento dos membros da equipe com os usuários do Centro de Saúde, este foi qualificado como bom ou muito bom por todos que responderam o questionário.

IV.2. Análise do questionário: características sócio-demográficas dos moradores entrevistados

Dentre os 269 moradores da área de abrangência do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” entrevistados, 187 (69,5%, com intervalos de confiança de 90% igual a 64,9% - 74,1%) referiram ser usuários do serviço. Os 82 entrevistados restantes (30,5%, IC90% 25,9% - 35,1%) eram não usuários. As características sociais e demográficas dos moradores entrevistados foram levantadas a partir das primeiras questões de identificação do questionário a eles aplicado, que avaliavam idade, sexo, escolaridade, profissão e ocupação. A seguir, apresentam-se os resultados obtidos.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos entrevistados segundo a utilização do Centro de Saúde (usuário ou não usuário) e faixas etárias decenais. Observa-se que tanto os usuários, quanto os não usuários entrevistados, se concentram na faixa etária compreendida entre 20 e 50 anos, parecendo serem os usuários entrevistados mais idosos que os não usuários entrevistados.

Tabela 1: Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e faixa etária decenal, Botucatu, 1999

Idade	Porcentagem (%)		IC 90%	
	Usuário	Não usuário	Usuário	Não usuário
10-19	7,0	3,7	(3,9 - 10,0)	(0,3 - 7,1)
20-29	15,5	29,3	(11,2 - 19,8)	(21,0 - 37,5)
30-39	27,3	32,9	(21,9 - 32,6)	(24,4 - 41,4)
40-49	24,1	18,3	(18,9 - 29,2)	(11,3 - 25,3)
50-59	13,4	8,5	(9,3 - 17,5)	(3,5 - 13,6)
60-69	7,0	4,9	(3,9 - 10,0)	(1,0 - 8,8)
70-79	4,3	2,4	(1,9 - 6,7)	(0,0 - 5,2)
80-89	1,6	-	(0,1 - 3,1)	-
Total	100	100	-	-

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos moradores estudados segundo sexo e faixa etária decenal, salientando que entre os usuários entrevistados, a clientela é majoritariamente feminina, ao passo que entre os não usuários entrevistados, a distribuição do sexo é mais equilibrada.

Tabela 2: Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e sexo, Botucatu, 1999

Sexo	Porcentagem (%)		IC 90%	
	Usuário	Não usuário	Usuário	Não usuário
Masculino	15,5	40,2	(11,2 - 19,8)	(31,4 - 49,1)
Feminino	84,5	59,8	(80,2 - 88,8)	(50,9 - 68,6)
Total	100	100	-	-

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos moradores estudados segundo a utilização do Centro de Saúde e a escolaridade. A Tabela 4 é semelhante à anterior, apresentando o número de anos frequentados na escola pelos

moradores entrevistados. Ambas tabelas sugerem que o grau de instrução dos não usuários entrevistados parece ser superior ao dos usuários entrevistados.

Tabela 3: Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e escolaridade, Botucatu, 1999

Escolaridade	Porcentagem (%)		IC (90%)	
	Usuário	Ñ usuário	Usuário	Ñ usuário
Analfabeto(a)	9,6	3	(6,1 - 13,2)	(0,3 – 7,1)
Ens. fundam. inc.	50,3	25	(44,3 - 56,7)	(22,2 – 38,8)
Ens. fundam. comp.	20,9	17	(16,0 - 25,7)	(13,4 – 28,1)
Ens. médio inc.	5,9	6	(3,1 - 8,7)	(2,6 – 12,0)
Ens. médio comp.	11,2	23	(7,4 - 15,0)	(19,9 – 36,2)
Ens. superior inc.	0,0	2	-	(0,0 – 5,2)
Ens. superior comp.	2,1	6	(0,4 - 3,9)	(2,6 – 12,0)
Total	100,0	100,0	-	-

Tabela 4: Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e anos freqüentados na escola, Botucatu, 1999

Tempo de escola (anos)	Porcentagem (%)		IC 90%	
	Usuário	Não usuário	Usuário	Não usuário
Até 5	34,2	12,2	(28,5 - 39,9)	(6,3 – 18,1)
5 – até 10	41,7	37,8	(35,8 - 47,6)	(29,0 – 46,6)
10 – até 15	21,9	43,9	(17,0 - 26,9)	(34,9 – 52,9)
15 – até 20	1,6	6,1	(0,1 - 3,1)	(1,8 – 10,4)
20 – até 25	0,5	-	(0,0 - 1,4)	-
Total	100	100	-	-

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos moradores estudados segundo a utilização do Centro de Saúde e grupos ocupacionais. Embora os moradores também tenham sido argüidos sobre as suas profissões, para efeito de análise, apresentam-se somente os dados sobre ocupação, levando-se em consideração que nem sempre os entrevistados atuam nas suas respectivas áreas profissionais.

Tabela 5: Distribuição dos 269 entrevistados segundo utilização do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” e grupos ocupacionais, Botucatu, 1999

Grupo de ocupação	Porcentagem (%)		IC 90%	
	Usuário	Não usuário	Usuário	Não usuário
Cientistas	0,5	2,4	(0,0 - 1,4)	(0,0 - 5,2)
Técnicos	1,6	4,9	(0,1 - 3,1)	(1,0 - 8,8)
Comércio	8,6	6,1	(5,2 - 11,9)	(1,8 - 10,4)
Transporte	0,5	2,4	(0,0 - 1,4)	(0,0 - 5,2)
P. Serviços	15,0	11,0	(10,7 - 19,3)	(5,3 - 16,6)
Escritório	0,5	2,4	(0,0 - 1,4)	(0,0 - 5,2)
Segurança	1,1	4,9	(0,0 - 2,3)	(1,0 - 8,8)
Metalúrgicos	3,2	7,3	(1,1 - 5,3)	(2,6 - 12,0)
C. Civil	1,6	3,7	(0,1 - 3,1)	(0,3 - 7,1)
Vestuário	1,1	-	(0,0 - 2,3)	-
Madeira	0,5	-	(0,0 - 1,4)	-
Aposentado	7,5	8,5	(4,3 - 10,6)	(3,5 - 13,6)
Desempregado	10,2	11,0	(6,5 - 13,8)	(5,3 - 16,6)
Do lar	43,9	30,5	(37,9 - 49,8)	(22,2 - 38,8)
Estudante	3,2	4,9	(1,1 - 5,3)	(1,0 - 8,8)
Estagiária	0,5	-	(0,0 - 1,4)	-
Sem Inf.	0,5	-	(0,0 - 1,4)	-
Total	100	100	-	-

Tentando investigar motivos pelos quais o morador da região estudada não usa o Centro de Saúde, a Tabela 6 classifica os moradores não usuários entrevistados segundo a posse de algum tipo de seguro saúde. Observa-se nesta tabela que a maioria deles não possui seguro saúde.

Tabela 6: Distribuição dos 82 entrevistados não usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo a posse de seguro saúde, Botucatu, 1999

Posse de seguro saúde	Porcentagem (%)	IC 90%
Não	54,9	(45,9 – 63,9)
Sim	45,1	(36,1 – 54,1)
Total	100,0	-

A Tabela 7 apresenta os motivos referidos pelos não usuários entrevistados para não utilizar o Centro de Saúde.

Tabela 7: Distribuição dos 82 entrevistados não usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os motivos referidos para a não utilização do serviço, Botucatu, 1999

Motivo	Porcentagem (%)	IC 90%
usa outro serviço de saúde	42,7	(33,7 – 51,6)
possui convênio	30,5	(22,2 – 38,8)
não precisou do serviço	18,3	(11,3 – 25,3)
não gosta do atendimento	6,1	(1,8 - 10,4)
em branco	2,4	(0,0 - 5,2)
Total	100	-

A Tabela 8 apresenta os motivos referidos pelos moradores entrevistados usuários do Centro de Saúde para a utilização do serviço.

Tabela 8: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os motivos referidos para a utilização do serviço, Botucatu, 1999

Motivo	Porcentagem (%)	IC 90%
Proximidade do domicílio	40,6	(34,8 – 46,5)
Sem informação	7,0	(3,9 – 10,0)
Não pode pagar pela assistência	3,7	(1,5 – 6,0)
Foi transferido de outro CS	3,7	(1,5 – 6,0)
Gosta do atendimento	2,7	(0,7 – 4,6)
Perdeu o convênio	2,1	(0,4 – 3,9)
Não tem convênio	1,6	(0,1 – 3,1)
É gratuito	1,6	(0,1 – 3,1)
Para consulta médica	29,4	(23,9 – 34,9)
Para exame de papanicolau	3,7	(1,5 – 6,0)
Para verificar a pressão	1,6	(0,1 – 3,1)
Para consulta médica e papanicolau	0,5	(0,0 – 1,4)
Para consulta médica e exames laboratorial	0,5	(0,0 – 1,4)
Para consulta médica e é o mais perto	0,5	(0,0 – 1,4)
Para consulta médica e verificar a pressão	0,5	(0,0 – 1,4)
Total	100	-

Dentre os 187 usuários do Centro de Saúde entrevistados, 144 (77,0%, 72,0% - 82,1%) utilizam também outro serviço de saúde existente no município (Pronto Socorro da Unesp, Pronto Socorro Municipal, Ambulatório Regional de Especialidades, outro Centro de Saúde, Centro

de Saúde Escola da Unesp e convênio). Os restantes 43 (23,0%, 17,9% - 28,0%) não utilizam nenhuma outro serviço de saúde.

IV.3. Opinião dos usuários sobre o serviço

A Tabela 9 apresenta a opinião dos moradores entrevistados usuários do Centro de Saúde com respeito à facilidade de chegar ao serviço a partir de suas moradias.

Tabela 9: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da facilidade de chegar ao serviço a partir da moradia, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito fácil	16,0	(11,6 - 20,4)
Fácil	59,9	(54,0 - 65,8)
Mais ou menos	15,0	(10,7 - 19,3)
Difícil	7,0	(3,9 - 10,0)
Muito difícil	2,1	(0,4 - 3,9)
Total	100	-

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos 187 usuários entrevistados com respeito ao meio de transporte utilizado para chegar ao Centro de Saúde. Observa-se que a grande maioria deles refere ir a pé ao serviço, o que ratifica a facilidade de acesso geográfico referida pela maioria destes usuários na Tabela 9.

Tabela 10: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo os meios de transporte utilizados para chegarem ao serviço, Botucatu, 1999

Transporte	Porcentagem (%)	IC 90%
A Pé	86,6	(82,5 - 90,7)
De Carro	8,0	(4,8 - 11,3)
De Ônibus Urbano	3,7	(1,5 - 6,0)
De Bicicleta	1,1	(0,0 - 2,3)
Outro	0,5	(0,0 - 1,4)
Total	100	-

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos usuários entrevistados segundo o tempo de matrícula no Centro de Saúde.

Tabela 11: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o tempo de matrícula no serviço, Botucatu, 1999

Nº de anos	Porcentagem (%)	IC 90%
0 – 4	33,7	(28,0 - 39,4)
5 – 9	19,7	(15,0 - 24,6)
10 – 14	24,1	(18,9 - 29,2)
15 – 20	22,5	(17,5 - 27,5)
Total	100	-

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos usuários entrevistados quanto ao tempo de moradia na área de abrangência do Centro de Saúde.

Tabela 12: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o tempo de moradia na área de abrangência do serviço, Botucatu, 1999

Nº de anos	Porcentagem (%)	IC 90%
0 a 4	21,9	(17,0 - 26,9)
5 a 9	25,7	(20,4 - 30,9)
10 a 14	23,5	(18,4 - 28,6)
15 a 20	28,9	(23,4 - 34,3)
Total	100	-

Vistas as características demográficas e sociais da população estudada e uma vez caracterizado o Centro de Saúde quanto a sua estrutura física, recursos humanos e tipos de ações e procedimentos de saúde disponíveis, passaremos agora a reportar as opiniões dos usuários em relação a estas ações e procedimentos de saúde oferecidos.

A Tabela 13 apresenta a distribuição dos usuários entrevistados quanto ao tipo de ações/procedimentos que costumam utilizar no Centro de Saúde, salientando que a maior demanda é para consulta médica.

Tabela 13: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo as ações/procedimentos que costumam usar no serviço, Botucatu, 1999

Ações/Procedimentos ²	Porcentagem (%)	IC 90%
1	43,3	(37,4 - 49,3)
1 e 2	10,7	(7,0 - 14,4)
1 e 4	6,4	(3,5 - 9,4)
1 e 5	5,3	(2,6 - 8,0)
1, 3 e 4	4,8	(2,2 - 7,4)
5	4,3	(1,9 - 6,7)
1, 2 e 4	4,3	(1,9 - 6,7)
1, 2 e 3	3,7	(1,5 - 6,0)
2	3,2	(1,1 - 5,3)
1 e 3	2,7	(0,7 - 4,3)
1, 2, 4 e 5	2,7	(0,7 - 4,3)
1, 2 e 5	2,1	(0,4 - 3,9)
1, 4 e 5	1,6	(0,1 - 3,1)
3	1,6	(0,1 - 3,1)
1, 2, 3 e 4	1,1	(0,0 - 2,3)
4	0,5	(0,0 - 1,4)
1, 3 e 5	0,5	(0,0 - 1,4)
1, 2, 3 e 5	0,5	(0,0 - 1,4)
1, 2, 3, 4 e 5	0,5	(0,0 - 1,4)
Total	100	-

Se levarmos em conta apenas a última utilização do Centro de Saúde, a demanda por consulta médica aparece com ainda maior importância, conforme mostra a Tabela 14.

² As ações e procedimentos de saúde foram codificados com a seguinte designação: 1. Consulta Médica (Clínica, Ginecologia); 2. Procedimentos de enfermagem (curativo, medir pressão, vacinação, outros); 3. Exames laboratoriais (sangue, fezes, urina, etc.); 4. Assistência social (vale-transporte, cesta básica, medicamentos, leite, ambulância); 5. Consulta odontológica; 6. Outros.

Tabela 14: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o tipo da última utilização do serviço, Botucatu, 1999

Ações/Procedimentos ³	Porcentagem	IC 90%
1	70,1	(64,3 - 75,5)
2	16,0	(11,6 - 20,4)
5	5,3	(2,6 - 8,0)
3	4,3	(1,9 - 6,7)
4	2,1	(0,4 - 3,9)
1 e 3	1,1	(0,0 - 2,3)
6	1,1	(0,0 - 2,3)
Total	100	-

É interessante observar, na Tabela 15, que 45,5% dos usuários entrevistados não conheciam outras ações/procedimentos oferecidas pelo Centro de Saúde, além daqueles que costumavam usar, sugerindo a necessidade de melhora na divulgação das ações/procedimentos por parte do Centro de Saúde.

Tabela 15: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o conhecimento de outras ações/procedimentos oferecidas além dos que costuma utilizar, Botucatu, 1999

Conhece	Porcentagem (%)	IC 90%
Sim	54,5	(48,6 – 60,5)
Não	45,5	(39,5 – 51,4)
Total	100	-

³ As ações e procedimentos de saúde foram codificados com a seguinte designação: 1. Consulta Médica (Clínica, Ginecologia); 2. Procedimentos de enfermagem (curativo, medir pressão, vacinação, outros); 3. Exames laboratoriais (sangue, fezes, urina, etc.); 4. Assistência social (vale-transporte, cesta básica, medicamentos, leite, ambulância); 5. Consulta odontológica; 6. Outros.

A Tabela 16 mostra que as ações/procedimentos mais conhecidos entre os usuários, além daqueles que utilizam, são: ações de assistência social (distribuição de cestas básicas, vale transporte para outras unidades de assistência, medicamentos), atendimento odontológico e atendimento de enfermagem.

Tabela 16: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o conhecimento das demais ações/procedimentos oferecidas além daquela(s) usada(s), Botucatu, 1999

Ações/Procedimentos ⁴	Porcentagem (%)	IC 90%
4	18,6	(12,3 – 24,9)
5	11,8	(6,5 – 17,0)
2	9,8	(5,0 – 14,6)
4 e 5	8,8	(4,2 – 13,4)
3	6,9	(2,8 – 11,0)
6	6,9	(2,8 – 11,0)
2 e 4	3,9	(0,8 – 7,1)
1	2,9	(0,2 – 5,7)
1 e 2	2,9	(0,2 – 5,7)
1 e 5	2,9	(0,2 – 5,7)
2 e 5	2,9	(0,2 – 5,7)
2 e 6	2,9	(0,2 – 5,7)
2, 4 e 5	2,9	(0,2 – 5,7)
1, 3 e 4	2,0	(0,0 – 4,2)
3, 4 e 5	2,0	(0,0 – 4,2)
1, 2, 4 e 6	1,0	(0,0 – 2,6)
1, 3, 4 e 6	1,0	(0,0 – 2,6)
1, 2 e 4	1,0	(0,0 – 2,6)
1, 2, 4 e 5	1,0	(0,0 – 2,6)
1, 4 e 5	1,0	(0,0 – 2,6)
2, 3, 4 e 5	1,0	(0,0 – 2,6)
2, 3, 4, 5 e 6	1,0	(0,0 – 2,6)
2, 3 e 5	1,0	(0,0 – 2,6)
2, 3 e 4	1,0	(0,0 – 2,6)
3 e 5	1,0	(0,0 – 2,6)
3 e 4	1,0	(0,0 – 2,6)
5 e 6	1,0	(0,0 – 2,6)
Total	100,0	-

⁴ As ações e procedimentos de saúde foram codificados com a seguinte designação: 1. Consulta Médica (Clínica, Ginecologia); 2. Procedimentos de enfermagem (curativo, medir pressão, vacinação, outros); 3. Exames laboratoriais (sangue, fezes, urina, etc.); 4. Assistência social (vale-transporte, cesta básica, medicamentos, leite, ambulância); 5. Consulta odontológica; 6. Outros.

Conforme mostra a Tabela 17, somente 38,5% dos usuários entrevistados sabiam o horário de funcionamento do Centro de Saúde, sendo este mais um indicativo de que o serviço precisa melhorar sua comunicação com os usuários.

Tabela 17: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo o conhecimento do horário de funcionamento do serviço, Botucatu, 1999

Conhecimento	Porcentagem (%)	IC 90%
Sim	38,5	(32,7 - 44,3)
Não	61,5	(55,7 - 67,3)
Total	100	-

Em relação ao horário de funcionamento do Centro de Saúde, a Tabela 18 mostra que 88,8% dos usuários entrevistados consideram-no bom ou muito bom. Entretanto, e preciso levar em conta que 61,5% dos usuários desconhecem o horário exato de funcionamento do Centro de Saúde, conforme apresentado na Tabela 17.

Tabela 18: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da conveniência do horário de funcionamento do serviço, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito Bom	11,8	(7,9 - 15,6)
Bom	77,0	(72,0 - 82,1)
Mais Ou Menos	11,2	(7,4 - 15,0)
Total	100	-

Em relação ao atendimento médico recebido, conforme mostra a Tabela 19, a opinião dos usuários é bastante boa, visto que 69,5% deles o

consideraram bom ou muito bom.

Tabela 19: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do atendimento médico recebido, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito bom	16,0	(11,6 - 20,4)
Bom	53,5	(47,5 - 59,5)
Mais ou menos	25,7	(20,4 - 30,9)
Muito ruim	2,7	(0,7 - 4,6)
Ruim	1,1	(0,0 - 2,3)
Não usou o serviço	1,1	(0,0 - 2,3)
Total	100	-

A Tabela 20 apresenta a opinião dos usuários entrevistados quanto à forma como o agendamento para consulta médica é realizado, salientando que 43,3% deles consideram-na boa.

Tabela 20: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da forma como o agendamento da consulta médica é realizado, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito bom	4,3	(1,9 – 6,7)
Bom	43,3	(37,7 – 49,3)
Mais ou Menos	32,1	(26,5 – 37,7)
Ruim	16,0	(11,6 – 20,4)
Muito ruim	3,2	(1,1 – 5,3)
Não opinou	1,1	(0,0 – 2,3)
Total	100	-

Já em relação ao intervalo de tempo entre o agendamento e a realização da consulta médica, conforme mostra a Tabela 21, apenas um quarto dos entrevistados consideram-no rápido, sendo que quase a metade deles consideram-no demorado ou muito demorado, o que sugere haver uma demanda de consultas reprimida no serviço.

Tabela 21: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do intervalo de tempo entre o agendamento e a realização da consulta médica, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito rápido	1,1	(0,0 - 2,3)
Rápido	25,1	(19,9 - 30,3)
Mais ou menos	32,1	(26,5 - 37,7)
Demorado	24,6	(19,4 - 29,8)
Muito demorado	16,6	(12,1 - 21,0)
Não respondeu	0,5	(0,0 - 1,4)
Total	100	-

A Tabela 22 apresenta as opiniões dos usuários entrevistados quanto ao horário de realização das consultas médicas, salientando que 76,5% deles consideram-no bom.

Tabela 22: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do horário de realização de consultas médicas, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito Bom	4,3	(1,9 - 6,7)
Bom	76,5	(71,4 - 81,6)
Mais Ou Menos	13,9	(9,8 - 18,1)
Ruim	3,2	(1,1 - 5,3)
Muito Ruim	1,6	(0,1 - 3,1)
Não Opinou	0,5	(0,0 - 1,4)
Total	100	-

Quanto ao atendimento de enfermagem, a Tabela 23 indica que

57,2% dos usuários entrevistados consideram-no bom.

Tabela 23: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do atendimento de enfermagem no serviço, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito Bom	15,5	(11,2 – 19,8)
Bom	57,2	(51,3 – 63,2)
Mais Ou Menos	23,5	(18,4 – 28,6)
Ruim	2,7	(0,7 - 4,6)
Muito Ruim	1,1	(0,0 - 2,3)
Total	100,0	

Dos 187 usuários entrevistados, 107 deles referiram terem precisado remarcar no mínimo uma consulta médica ou odontológica no último ano. Os motivos referidos foram ausência do médico ou dentista, falta de vaga ou impossibilidade de comparecer ao serviço no dia marcado. Dentre estes 107 entrevistados, quase dois terços consideraram fácil ou muito fácil remarcar a consulta, conforme mostra a Tabela 24.

Tabela 24: Distribuição dos 107 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” que precisaram remarcar consultas médicas e/ou odontológicas no último ano segundo opinião a respeito da facilidade para remarcar, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito Fácil	0,9	(0,0 - 2,5)
Fácil	61,7	(54,0 - 69,4)
Mais Ou Menos	14,0	(8,5 - 19,5)
Difícil	18,7	(12,5 - 24,9)
Muito Difícil	4,7	(1,3 - 8,0)
Total	100	-

A Tabela 25 sugere que é possível afirmar que, segundo opinião de seus usuários entrevistados, o Centro de Saúde resolve a contento as necessidades imediatas de saúde de sua clientela, uma vez que 80,2% dos usuários entrevistados afirmaram que os problemas de saúde que o levaram a procurar o serviço na última vez foram ali resolvidos. Estes pacientes quase que invariavelmente justificaram sua opinião por terem sido consultados, medicados e bem atendidos.

Tabela 25: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito da resolução do problema que o(a) levou a procurar o serviço na última vez, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Resolveu	80,2	(75,4 – 85,0)
Não resolveu	18,7	(14,0 – 23,4)
Não Responderam	1,1	(0,0 - 2,3)
Total	100	-

A Tabela 26 apresenta a opinião dos usuários entrevistados com respeito ao conforto e limpeza da sala de espera do Centro de Saúde, salientando que 60,4% consideram estas características boas ou muito boas.

Tabela 26: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião a respeito do conforto e limpeza da sala de espera do serviço, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito boa	2,1	(0,4 – 3,9)
Boa	58,3	(52,4 – 64,2)
Mais ou menos	26,7	(21,4 – 32,0)
Ruim	9,1	(5,6 – 12,5)
Muito ruim	3,7	(1,5 – 6,0)
Total	100,0	-

A Tabela 27 mostra que 86,6% dos usuários entrevistados recomendariam o Centro de Saúde caso fossem consultados, sugerindo ser boa a satisfação da clientela com relação ao serviço.

Tabela 27: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo sua disposição em recomendar os serviços oferecidos, Botucatu, 1999

Disposição	Porcentagem (%)	IC (90%)
Recomendaria	86,6	(82,5 - 90,7)
Nunca Recomendaria	4,8	(2,2 - 7,4)
Não sabe	7,5	(4,3 - 10,6)
Não responderam	1,1	(0,0 - 2,3)
Total	100,0	-

A Tabela 28 apresenta a opinião dos usuários entrevistados em relação ao tratamento recebido no serviço por parte dos funcionários, salientando que 76,0% dos usuários estão satisfeitos com o tratamento recebido.

Tabela 28: Distribuição dos 187 entrevistados usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” segundo opinião sobre o tratamento recebidos dos funcionários do serviço, Botucatu, 1999

Opinião	Porcentagem (%)	IC 90%
Muito bem tratado	15,0	(10,7 – 19,3)
Bem tratado	61,0	(55,1 – 66,8)
Mais ou menos	21,4	(16,5 – 26,3)
Maltratado	1,6	(0,1 - 3,1)
Muito maltratado	1,1	(0,0 - 2,3)
Total	100	-

V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Entre as formulações legais e constitucionais e a universalização da atenção à saúde como direito e dever do Estado há uma certa distância. Segundo Giovanella e Fleury, o conhecimento da maneira como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas deve ser buscado na análise da unidade da relação do usuário com os serviços. A categoria central para análise dessa relação é o acesso. Portanto, a discussão primordial deve ser a respeito do próprio termo acesso²⁴.

Segundo Unglert, Rosenburg e Junqueira, o acesso à Saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas. Entre os fatores que contribuem para o impedimento da satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população está a inacessibilidade de numerosos segmentos aos serviços de saúde⁴⁰.

Os estudos sobre acesso aos serviços de saúde costumam utilizar a conceituação de acessibilidade formulada por Frenk²², a partir de Donabedian²⁴.

Segundo Frenk, é preciso estar alerta para o uso de vários termos como sinônimos de acessibilidade (disponibilidade e acesso, por exemplo)²². Para este autor, na prática, é muito difícil distinguir acesso, disponibilidade e acessibilidade. Existe uma tendência ao uso similar de acesso e acessibilidade. No entanto, disponibilidade e acesso são termos que derivam da acessibilidade, mas não são iguais a ela.

Segundo Donabedian, "... se considera acessibilidade como algo adicional à mera presença ou "disponibilidade" do recurso em um certo lugar e em um dado momento. Compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais"²⁰.

Este mesmo autor, estudando o conjunto de fatores que compõe a atenção prestada aos clientes potenciais pelo serviço, propôs uma classificação agrupando esses fatores em três categorias: aqueles ligados à estrutura dos serviços, os relacionados com o processo em que se deu a atenção ao usuário e aqueles relacionados aos resultados. Para Donabedian, estrutura são os recursos médicos e sociais utilizados para a realização do atendimento¹⁹. Estão incluídos nesta categoria o número de funcionários e sua qualificação profissional, a área física do serviço, os equipamentos disponíveis, bem como a maneira como se organiza o serviço de saúde.

No conceito de estrutura estão presentes as variáveis que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e o consumo real que ocorre. Esses fatores definem a acessibilidade, ou seja, a disponibilidade do recurso em um dado momento. Há que considerar também as variáveis que facilitam ou dificultam a utilização do recurso pelo cliente potencial, que podem ser de duas ordens: sócio-organizacional e geográfica. Por exemplo, a falta de conhecimento do Centro de Saúde, a falta de profissionais para o atendimento são dificuldades sócio organizacionais

ao acesso; sendo a distância uma dificuldade geográfica¹⁹.

Por processo entende-se o estudo da relação entre o serviço de saúde e o usuário, que pode ser verificada através da produção desses serviços¹⁹.

Como resultado pode ser entendida a mudança que ocorre nos indicadores de saúde e que pode ser atribuída à utilização do serviço de saúde, como os indicadores de morbimortalidade. Ou, de forma mais ampla, pode significar uma compreensão melhor, por parte dos potenciais usuários, dos fatores biológicos e sociais relacionados à sua saúde^{6,19}.

Donabedian sugere que “a prova do acesso consiste na utilização de um serviço, não simplesmente na sua existência”²⁰. Desta maneira, o acesso pode ser medido pelo nível de utilização em relação à necessidade. Devemos reconhecer, no entanto, que a avaliação de ‘necessidade’ que fazem os usuários é diferente daquela que fazem os funcionários do sistema. Seria quase desnecessário assinalar as barreiras que se interpõem ao acesso, não somente de caráter econômico, mas também psicológico, informativo, social, organizativo, espacial e temporal, entre outros.”

Acessibilidade, além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais²²; ou seja, acessibilidade implica “o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção”²². Pode ser compreendida como a capacidade de um grupo para buscar e obter atenção. Portanto, seria necessário avaliar a disponibilidade de recursos de saúde e sua capacidade para produzir serviços; as resistências do serviço, isto é, o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção, originadas nos serviços (o que resultaria na identificação de uma disponibilidade efetiva); e, finalmente, o conjunto de características da população que permitem a esta buscar e obter a atenção²².

Para Aday, as diferentes definições e aspectos do conceito de acesso à atenção médica se analisam e se integram num marco teórico que supõem que as políticas de saúde influem sobre as características do sistema de prestação e da população em situação de risco com a finalidade de modificar a utilização dos serviços de atenção à saúde e a satisfação dos consumidores¹. Propõem indicadores que medem os aspectos relevantes do acesso, de acordo com um modelo teórico segundo o qual os elementos que descrevem as características do sistema e da população servem como indicadores do processo, e a utilização e a satisfação dos consumidores servem como indicadores de resultados.

Segundo estes autores, tanto os responsáveis pelas tomadas de decisões na área da saúde, quanto os planejadores, administradores e consumidores dos serviços médicos expressam uma crescente preocupação em relação à necessidade de melhorar os sistemas de atenção. No último decênio foram lançados inúmeros programas com o objetivo claro de alcançar um acesso eqüitativo aos sistemas de saúde nos Estados Unidos da América. Todos esses programas têm por objetivo, de certo modo, possibilitar aos distintos grupos da população um acesso eqüitativo aos sistemas de atenção médica. Sem dúvida, não definem claramente o que se entende por acesso e menos ainda quais métodos devem aplicar-se para medi-lo ou avaliá-lo. Até o momento, o acesso é mais um conceito político do que operacional.

Para Penchansky e Thomas, acesso é um conceito geral que condensa um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como a disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade³⁴, definidas como:

Disponibilidade - relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e os tipos de necessidades.

Acessibilidade – relação entre localização da oferta e a localização

dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos.

Acomodação ou adequação funcional – relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos.

Capacidade financeira (*affordability*) – relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente.

Aceitabilidade – relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes.

A maior parte dos estudos prende-se à dimensão da utilização dos serviços de saúde, buscando avaliar o peso dos fatores que influenciam esta utilização, tais como os sóciodemográficos – nível de renda, escolaridade, idade, sexo, etnia, ocupação – ou os fatores comportamentais – conhecimentos, atitudes e percepção das doenças em diferentes grupos*. Outros estudos tratam de analisar os efeitos das disponibilidades de recursos sobre sua utilização²⁴.

Segundo Dever, a utilização dos serviços é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviços, e a utilização é influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais, além de outros fatores relacionados com o consumidor e o prestador de serviços¹⁸. Deve-se incluir entre os fatores organizacionais determinantes da utilização a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura e processo de

* O mais famoso deles é o Estudo Internacional sobre Utilização de Serviços de Saúde – HCIS – realizado sob o patrocínio da OMS em 7 países diferentes Canadá, Estados Unidos, Iugoslávia,

prestação de cuidado¹⁸. Entende acessibilidade – seguindo a definição de Donabedian – como as características do recurso que facilitam ou obstruem o uso pelos clientes potenciais¹⁹. A acessibilidade geográfica refere-se aos fatores de espaço (distância, tempo, custo da viagem) e a acessibilidade temporal ou acomodação a limitações no tempo em que os recursos estão disponíveis. Para este autor, a relação entre acessibilidade geográfica e o volume de serviços consumidos depende do tipo de atendimento e do recurso considerado, estando em geral o uso dos serviços preventivos mais associado com a disponibilidade geográfica do que o dos serviços curativos, assim como o uso de cuidados gerais mais do que dos especializados¹⁸. Já a acessibilidade social inclui os conceitos de aceitabilidade (referidos a fatores sociais e culturais) e à disponibilidade financeira, formulada por Penchansky e Thomas³⁴. Portanto, na compreensão de Dever, a acessibilidade é um dos aspectos da análise da utilização dos serviços de saúde²⁴.

Frenk, no entanto, diferencia os estudos de utilização de serviços daqueles de acessibilidade, não apenas quanto ao foco nas razões da utilização, mas por tratarem apenas de características da população e dos recursos de saúde, enquanto os estudos de acessibilidade analisam o grau de ajuste entre estas características^{22 24}.

Chen, em um trabalho inédito orientado para estabelecer indicadores quantitativos de acesso, desenvolve dois índices descritivos da organização e disponibilidade dos serviços¹². Um deles é a média ponderada entre o tempo de espera para conseguir uma consulta médica, o tempo de viagem (locomoção), o tempo de espera na sala de espera e o tempo real de atenção aos pacientes em um centro de saúde determinado. O outro é a média ponderada entre as diferenças entre a quantidade ideal e a quantidade real de serviços, pessoal e equipamento em uma comunidade determinada. Para este autor, a diminuição da quantidade e disponibilidade de profissionais de atenção primária

Argentina, Finlândia, Polônia e Reino Unido (Kohn e White, 1976).

obstaculiza o acesso ao sistema. Assim, dois aspectos fundamentais do acesso podem ser salientados: o aspecto sócio-organizativo e o aspecto geográfico.

Entre os atributos sócio-organizativos se encontram todos aqueles relativos aos recursos, independentemente do geográfico, que facilitam ou dificultam os esforços do paciente para obter atenção médica. Entre estes poderiam ser citados: o sexo do profissional, seus honorários, especialização, etc. Por outro lado, a acessibilidade geográfica se refere à “fricção do espaço”, uma função do tempo e a distância física que deve percorrer-se para ser atendido. É possível concluir então que a acessibilidade supõe algo mais que a mera existência ou disponibilidade de recursos em um momento determinado.

Ao considerar os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde, as características dos serviços não resultam razões suficientes para determinar o ingresso no sistema. Também deve ser considerado a “vontade” do consumidor potencial de receber atenção, a qual depende de sua atitude e seu conhecimento acerca da atenção à saúde, assim como das definições sociais e culturais da doença que o indivíduo possui.

Para Aday e Andersen, o marco teórico para o estudo do acesso aos serviços de saúde parte dos objetivos da política de saúde, passando pelas características do sistema e da população em situação de risco para chegar aos resultados, ou melhor, à efetiva utilização dos serviços de saúde e em que medida estes satisfazem as suas necessidades¹.

Estes autores observam que, em grande medida, as políticas de saúde têm sido orientadas à melhoria do acesso aos serviços. Desta maneira, se tem colocado em andamento diversos programas econômicos, educativos e de reorganização da atenção à saúde. Nesse caso, seria correto definir a política de saúde como o ponto de partida para o estudo do conceito de acesso. Os planejadores dos serviços de saúde e os responsáveis pelas decisões tratam de avaliar o efeito que a política de saúde tem sobre o acesso à atenção médica e à possibilidade

de modificá-lo. Além da política de saúde, os autores recomendam a atenção para as características do sistema de prestação, composta de dois elementos fundamentais: Recursos e Organização. Consideram recursos: a mão-de-obra e o capital destinados à atenção à saúde. Compreendem o pessoal, as estruturas nas quais se presta a atenção e em parte a educação, e os equipamentos e os materiais utilizados para tal finalidade. Estes abarcam tanto o volume quanto a distribuição dos recursos médicos em uma área determinada. A organização compreende o que o sistema faz com os seus recursos e se refere à maneira como os agentes de saúde e os serviços existentes são coordenados e controlam o processo de produção dos serviços médicos. Entendem que a organização é composta pelo ingresso e pela estrutura. Ingresso significa, o processo para conseguir-se ingressar no sistema, ou o meio através do qual o paciente consegue ingressar no sistema e continuar o processo de tratamento. Estrutura refere-se às características do sistema que determinam o que acontece ao paciente a partir do seu ingresso. Além das características do sistema de prestação, é imprescindível conhecer as características da população em situação de risco, que são componentes de: predisposição, capacidade e necessidade como determinantes individuais da utilização dos serviços.

Para Giovanella e Fleury, do conjunto de estudos que procuraram caracterizar a categoria acesso e analisar condições de acessibilidade, deve-se fazer um esforço para abstrair os modelos teóricos que estariam informando a seleção de variáveis, bem como sua articulação, na tentativa de buscar maior coerência entre o referencial e a definição conceitual a ser utilizada²⁴.

Um primeiro modelo que emerge destas conceituações é o que podemos caracterizar como economicista, no qual procura-se mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos. Trata-se de um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda, medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta,

sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundas do universo familiar. A análise da oferta leva em conta a intervenção estatal como capaz de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, bem como conformar a demanda através da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde.

No entanto, como afirma Canesqui, “admite-se que o padrão de consumo também resulta de complexos elementos de decisões, valores, representações, padrões culturais e práticas, gerados nas famílias, onde se dá a reprodução cotidiana dos agentes sociais, delineando-se certos arranjos de sobrevivência e maneiras de enfrentar o problema da saúde e doença dos seus distintos membros”⁹. Desta maneira, o modelo economicista encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do consumidor em seu processo de decisão não pode ser reduzida à simples disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal garantido pela inserção laboral, mas teria que levar em conta “aptidões ideológicas” (sic) dos consumidores, representações intrínsecas aos distintos sistemas de cura socialmente organizados⁹.

Nas conclusões de Canesqui, o padrão de consumo, não podendo ser entendido exclusivamente pelo acesso formal, deve levar em conta a intervenção estatal na configuração das práticas oferecidas; a conformação da demanda a partir de uma certa modalidade da oferta gerando necessidades cultivadas pela produção de bens e serviços; e as representações sociais sobre a gravidade do quadro mórbido e em relação ao lugar ocupado pelos membros da família na sua hierarquia interna⁹. Além disso, a autora trabalha com o conceito de modalidade assistencial aspirada como consumo, que balizaria a avaliação que os consumidores fazem da qualidade e resolutibilidade dos serviços. Sua relação com os serviços seria também mediada pela percepção ou não em relação ao exercício do direito à atenção à saúde.

Giovanella e Fleury, analisando a utilização feita por Canesqui em

relação à aplicação de um modelo de análise do padrão de consumo, tendo em conta as especificidades da oferta e da demanda, observaram que, na prática, o que o seu estudo demonstra é mais que tudo a inviabilidade de explicar as decisões do consumidor com estes parâmetros, tendo que se referir às disposições ideológicas do consumidor, conceito não pertinente ao modelo com o qual se propunha a trabalhar^{24 9}.

Um segundo modelo que se pode identificar poderia ser nomeado modelo sanitaria-planificador, para caracterizar a tradução do conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, conforme consta de documento do Ministério da Saúde³². A rede de serviços neste sentido deve ser:

- Regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia, levando-se em conta as condições de transporte;
- Hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade equipados com recursos necessários para garantir resolubilidade;
- Ágil nos processos administrativos para facilitar o atendimento da demanda e com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior possibilidade de utilização pelos usuários;
- Transparente, garantindo informação adequada aos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para sua utilização;
- E apresentar um sistema de organização baseado nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde.

Neste modelo tecnicista, segundo opinião de Giovanella e Fleury, o acesso está dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da

localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda²⁴. A incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos, torna esta concepção do acesso mais uma “imagem-objeto” do que uma realidade a ser analisada.

Ainda dentro do campo do sanitarismo, as autoras acima citadas referem-se a um terceiro enfoque teórico em relação à questão do acesso, que designariam como o modelo sanitarista-politicista, que toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária, a partir da qual a própria questão do acesso será entendida.

Berlinguer definiu como consciência sanitária “a tomada de consciência de que a saúde, como afirma o artigo da Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade³. Mas como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”. Desta maneira, a consciência sanitária implicaria um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde/enfermidade e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social da prática médica. Este processo de desvendamento das determinações mais gerais é um processo de desalienação, ou seja, de rompimento com as deformações impostas à consciência sanitária por esta sociedade, entre as quais se inclui a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho. É também um processo de politização, já que a compreensão desta realidade desvenda suas articulações com as contradições centrais do processo de acumulação e com a luta de classes, e encaminha à formação de uma contra-hegemonia, através da construção de um novo saber e de uma força social capaz de cobrar o cumprimento das disposições legais acerca da atenção à saúde, da organização do sistema de serviços e da

universalização do acesso.

O acesso, neste caso, é visto não como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, ao qual ele dá entrada em momentos especiais de sua história de vida, mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, deste sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e controle social.

Embora esta abordagem tenha orientado mais propriamente as lutas políticas no campo da Saúde Coletiva do que os estudos sobre as condições de acessibilidade, estudos mais recentes, como os de Cohn, Nunes, Jacob e Karsch, falam tanto de um aprendizado na utilização dos serviços quanto da conformação da demanda pela oferta, mas recusam-se a aceitar na sua integridade as observações dos analistas que atribuem ao usuário um papel meramente passivo diante de uma estrutura produtora dos serviços e demandas¹³, tais como afirmada por Illich em sua *Nemesis Médica*: “uma estrutura social e política destrutiva encontra seu álibi no poder de saturar suas vítimas com terapias que elas aprenderam a desejar”²⁶.

Ainda segundo Giovanella e Fleury, uma outra abordagem poderia configurar um quarto modelo das representações sociais, distanciando-se de uma visão positivista da atenção à saúde apresentada anteriormente, na medida em que não reconhece qualquer autonomia absoluta daquilo que é exterior ao registro simbólico²⁴. Birman afirma que “o real apenas se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, que lhe confere consistência significativa, para que possa ser compartilhada por uma comunidade social determinada, dotada da mesma tradição histórica e lingüística⁵. Isso implica dizer que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo pois fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão”. Esta visão tem também embutida uma crítica ao modelo sanitário-politicista na

medida em que o que propõe é um deslocamento da problemática da saúde, que tinha como o centro o Estado – na concepção da Saúde Pública – e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições – em uma concepção da Saúde Coletiva⁵.

Herzlich, revendo a utilidade da representação social no campo da doença, reafirma que esta não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas uma questão de sentido, emergente a partir de uma desordem, a doença, que adquire significação²⁵. Trata-se de resgatar o lugar do sujeito histórico, já que as representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la. E a centralidade da doença seria explicada “por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”²⁵.

Outros autores observam que as representações sociais, embora sendo fruto da vivência de contradições que permeiam o dia-a-dia das classes e grupos sociais – apresentando, portanto, tanto elementos de dominação como de resistência³⁰ – estão mediadas pela atuação da corporação médica, principal agente da prática e do conhecimento na área da saúde. Considera ainda que embora as representações sociais mais abrangentes para a sociedade revelem a visão de mundo de uma determinada época: as concepções das classes dominantes, cada grupo social faz dessa visão uma representação particular de acordo com sua posição social. Essa representação é portadora também dos interesses específicos deste grupo ou classe social e de seu próprio dinamismo, o que significa entender as concepções das classes dominadas não apenas como “falsa ideologia”, representações ilusórias, mas também como contraditórias e verdadeiras. Ou seja, há que se considerar que o estudo das representações no campo da saúde e doença requeira hoje

necessariamente englobar as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde.

É preciso, portanto, ao estudar condições de acessibilidade no âmbito das políticas de saúde, ter uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde, concordando com Giovanella e Fleury²⁴.

Como visto acima, é extremamente complexa a discussão acerca da acessibilidade, não havendo consenso entre os diferentes autores que debatem o assunto. Nos limites deste trabalho de mestrado não se pretendeu analisar a acessibilidade em toda a riqueza de detalhes que o tema comporta, especialmente por se tratar do estudo de uma unidade localizada do município. Assim, os resultados obtidos serão discutidos como uma primeira aproximação do tema, esperando instigar pesquisadores e planejadores interessados no assunto para futuros aprofundamentos.

Preliminarmente, cabe salientar uma limitação da amostragem executada. São freqüentes os estudos que analisam informações obtidas em inquéritos de amostras feitos por intermédio de entrevistas domiciliares, geralmente realizadas durante o dia. Adultos jovens, principalmente do sexo masculino, costumam ser subrepresentados em tais inquéritos, uma vez que nesse horário predominam donas de casa, crianças e idosos nos domicílios residenciais²⁷. A superação dessa dificuldade pode ser feita entrevistando-se a totalidade dos moradores do domicílio sorteado, o que implica na realização de visitas repetidas, em horário noturno e aos finais de semana. Tal procedimento aumenta

consideravelmente o custo, a necessidade de supervisão de campo, e o tempo gasto na pesquisa, estando além das possibilidades que uma investigação no âmbito de mestrado pode oferecer.

Optou-se neste estudo por entrevistar-se o morador adulto que atendesse à entrevistadora, mesmo sabendo-se das limitações acima apontadas, por ser esta a maneira possível de coletar-se informações com os recursos e o prazo disponíveis.

Assim sendo, é provável que a população entrevistada não seja “representativa” da população geral da área de abrangência estudada, uma vez que é plausível conceber que naquela a freqüência de mulheres, idosos, e aposentados seja maior. Por isso, a generalização das conclusões aqui obtidas (validação externa) deve ser feita com grande cautela, sendo mais adequado entender esta investigação como um estudo de caso, que produz hipóteses a serem posteriormente investigadas. Desta forma, as referências a “usuários” devem ser entendidas como “usuários entrevistados”, com as possíveis limitações de generalização referidas, o mesmo valendo para os “não usuários”.

Conforme apresentado em Resultados, pôde-se estimar que cerca de dois terços dos moradores entrevistados da área estudada são usuários do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”, sendo o terço restante constituído de não usuários do serviço. É interessante notar que – conforme mostram as Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5 – existem diferenças sócio-demográficas importantes entre os grupos de usuários e não usuários. Os não usuários são predominantemente mais jovens e com maior escolaridade do que o grupo dos usuários. Também a composição de sexo dos não usuários é diferente, sendo composta por cerca de 50% de cada um dos sexos; enquanto que o grupo de usuários é composto por cerca de 85% de indivíduos do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Ainda uma diferença diz respeito à distribuição de ocupações em ambos os grupos, predominando donas de casa e aposentados entre os usuários em relação aos não usuários.

O conjunto de informações acima comentadas sugere que a clientela do serviço estudado constitui uma população predominantemente feminina, de maior idade, menor escolaridade e com maior participação de aposentados e donas de casa, quando comparada com os não usuários do serviço.

Passando agora a discutir especificamente o grupo de usuários, analisando-se as Tabelas 9 e 10, observa-se que estes consideram, em geral, fácil o acesso ao Centro de Saúde, o que é confirmado pela grande porcentagem de usuários que referem se dirigir a pé ao serviço.

A análise das Tabelas 13 e 14 permite concluir que o motivo pelo qual os usuários mais procuram o serviço é a realização de consultas médicas, combinadas ou não a outros procedimentos. Entretanto, conforme mostram as Tabelas 15 e 16, é grande a desinformação entre os usuários a respeito de outras ações/procedimentos oferecidas pelo Centro de Saúde, além do comumente utilizado pelo usuário. Também é grande a desinformação dos usuários a respeito do horário de funcionamento do serviço, pois cerca de dois terços da clientela entrevistada o desconhece, conforme mostra a Tabela 17. Estes dados sugerem um maior empenho por parte do serviço em comunicação com os usuários, apresentando, entre outras coisas, as diferentes ações e procedimentos oferecidos, bem como seus horários de funcionamento.

Pode-se afirmar que, de um modo geral, é boa a avaliação que os usuários fazem do Centro de Saúde. Isto porque – conforme mostram as Tabelas 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 – a grande maioria dos usuários entrevistados considerou bom ou muito bom o atendimento médico recebido, a forma como é feita o agendamento de consultas, o horário de realização de consultas, o atendimento de enfermagem, a facilidade em remarcar consultas, o conforto e a limpeza da sala de espera do serviço. Além disso, a grande maioria da clientela entrevistada considerou que o serviço resolveu o problema de saúde que o levou a ele da última vez; sendo também grande a porcentagem de usuários que

sentem-se bem tratados no serviço e que o recomendariam. Deve-se valorizar o fato de que os usuários foram procurados e entrevistados em suas próprias casas, e por uma pessoa não identificada com a equipe de saúde do serviço, o que evitou que os entrevistados se sentissem pressionados pelo serviço na formulação de suas respostas.

Entretanto, apesar das opiniões positivas acima comentadas, sugerindo uma grande satisfação e aprovação do serviço por parte de seus usuários, chama a atenção, conforme se observa na Tabela 21, que apenas um quarto dos usuários considera rápido o intervalo de tempo entre o agendamento e a realização da consulta. Esta observação sugere a possibilidade de haver uma certa dissociação entre a satisfação com o serviço por parte dos usuários e o acesso aos procedimentos oferecidos, nos remetendo de volta à discussão mais geral a respeito da acessibilidade.

Concluindo, em que pese a limitação do método de abordagem de entrevistados utilizado, acima comentada, os dados aqui levantados sugerem que:

- A maior parte dos moradores da área de abrangência do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto” é usuária deste serviço.
- Em contraposição aos não usuários, a clientela do Centro de Saúde é predominantemente feminina, de maior idade, menor escolaridade e com maior participação de aposentados e donas de casa.
- O procedimento mais procurado no Centro de Saúde são as consultas médicas.
- Parece haver falha de comunicação do Centro de Saúde para com a sua clientela.
- É boa a avaliação geral que os usuários fazem do Centro de

Saúde, apesar da insatisfação com o tempo transcorrido entre agendamento e consulta.

- Visando a real universalização da atenção à saúde prestada pelo Centro de Saúde, há que se buscar formas de atrair para o serviço a população de não usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁵

1. Aday L, Andersen AR. Marco Teorico para el estudio del acceso a la atencion medica. *Health Services Research* 1974.
2. Almeida, Eurivaldo Sampaio. Contribuição à implantação do SUS. Estudo do processo com a estratégia NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/93. 1995. São Paulo, Universidade de São Paulo.
3. Berlinguer G. Medicina e Política. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.
4. Bhattacharyya G K JRA. Statistical concepts and methods. New York: John Wiley and Sons, 1977.
5. Birman J. Apresentação: Interpretação e Representação na Saúde Coletiva, *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva* 1991;1:8.
6. Blumenthal D. Quality of health care . 1996.
7. Botucatu. II Conferência Municipal de Saúde. Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde. 1996. Botucatu, Projeto UNI.
8. Buss PM. Sistemas de Saúde: continuidade e mudança. *Saúde e Desigualdade o caso do Brasil*, São Paulo: Hucitec, 1995.
9. Canesqui AM. *Consumo e avaliação dos Serviços de Saúde*, São Paulo: Cortez Ed., 1992.
10. Carvalho GL, Santos L. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: HUCITEC, 1995.
11. Cecilio LC de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos Saúde Pública*.
12. Chen MK. A quantitative index of access to primary medical care for health planning. *Social-Econ Plan Sci* 1978;12:295-301.
13. Cohn A, et all. Saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez/Cedec, 1991.
14. Cordeiro R. Efeito do desenho em amostragem de conglomerados para estimar a distribuição de ocupações entre trabalhadores. *Revista de Saúde Pública* 2001;1:10-5.

⁵ Utilizando o padrão de apresentação adotado pelo British Journal of Medicine.

15. Corrêa CRS. A avaliação das unidades básicas de saúde segundo os consumidores: a associação entre dados de produção das UBS de Campinas e as avaliações prévia e posterior dos moradores das áreas de cobertura dessas unidades. Campinas: UNICAMP, 1998.
16. Dean A C, et all. Epi Info, versão 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control, 1994.
17. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina and Coordenadoria de Saúde e Bem Estar Social da Prefeitura Municipal de Botucatu. Censo demográfico da população residente no conjunto habitacional Humberto Popolo. 1984. Botucatu, mimeo.
18. Dever GEA. Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.
19. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Mexico: Fondo de Cultura Economica, 1988.
20. Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Quart* 1972;**50**.
21. Faveret POPJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde, Planejamento e Políticas Públicas. 1990.
22. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica de Mexico* 1985;438-53.
23. Gallo, E. Giovanella L. Ribeiro P. T. Seguridade Social. ENSP. 1992.
24. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In Eibenschutz Co, ed. *Política de Saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
25. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença, PHYSIS. *Revista de Saúde Coletiva* 1991;**1**:26.
26. Illich I. A expropriação da saúde - Nêmesis Médica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
27. Kolonel L N HTNAMY. Adequacy of survey data collected from substitute respondents. *American Journal of Epidemiology* 1977;**106**:476-84.

28. Kron, R. T. Centro Municipal de Saúde Dr. Sebastião de Almeida Pinto - Cohab I. Botucatu, Secretaria Municipal de Saúde. 1997.
29. Relatório Técnico CMS - Botucatu. LINS, et al. Atividades da Coordenadoria Municipal da Saúde: 1983-1990. Botucatu, C. M. S. 1991.
30. Minayo MCdS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista Saúde Pública* 1991;**25**:233-8.
31. Ministério da Saúde. Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde - Centro de Documentação, 1987.
32. MS/SESUS. Modelos Assistenciais no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
33. Pamplona, V. L. O Significado do programa de suplementação alimentar para os servidores de uma unidade básica de saúde do município de Botucatu. Ribeirão Preto, 1995. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
34. Penchansky R., Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1987;**XIX**:127-40.
35. Prefeitura Municipal de Botucatu. Plano Diretor de Saúde. 1992.
36. Rumel D. Indicadores de mortalidade por categoria ocupacional e nível social. São Paulo, 1987. Faculdade de Saúde Pública da USP.
37. Santos GW. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
38. Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Botucatu. 1996.
39. Silva KP. A cidade, uma região, o sistema de saúde. Para uma história da saúde e da urbanização em Campinas-SP. Campinas: CMU/Unicamp, 1996.
40. Unglert CVdS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde; uma abordagem de geografia em saúde pública. *Revista Saúde Pública* 1987;**21**:439-46.

ANEXO 1:**Questionário aplicado aos usuários**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública

18618-000 - Botucatu - SP - TELEX 0142107 - FAX (014) 822-0421 - ☎ (014) 820-6200

Questionário

Questionário no. _____

Data Entrevista:

____/____/____

Setor no. _____

Nome

Completo:

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M

Grau de Instrução: _____ Quantos anos frequentou a escola? ____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Endereço:

Rua

_____ no.: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: _____

É usuário do Centro de Saúde da Prefeitura?

() Sim () Não

Para o não usuário:

Por que não utiliza os serviços do Centro de Saúde?

R.:

Para o usuário:

Por que utiliza este Centro de Saúde?

Tem o cartão de identidade? (anotar o no.) _____
Há quanto tempo mora neste bairro? _____
Há quanto tempo está matriculado no Centro de Saúde? _____

Satisfação quanto ao Centro de Saúde

01. Chegar ao Centro de Saúde, considerando a distância de sua casa, é:

- 0. Muito difícil
- 1. Difícil
- 2. Mais ou menos
- 3. Fácil
- 4. Muito fácil

02. Como você costuma ir ao Centro de Saúde?

- 0. a pé
- 1. de ônibus urbano
- 2. de bicicleta
- 3. de carro
- 4. outro . Qual? _____

03. Quais serviços você costuma usar no Centro de Saúde? (descrição dos serviços que utiliza no CS)

04. Além dos serviços que costuma usar você sabe se o Centro de Saúde oferece outros serviços? Quais?

05. Quando foi a última vez que precisou de algum serviço do Centro de Saúde?

06. Procurou o Centro de Saúde para qual serviço?

07. Você sabe qual é o horário de funcionamento do Centro de Saúde?

() Sim

Qual é? _____.

() Não

08. Qual é a sua opinião à respeito do atendimento médico do Centro de Saúde?

0. Muito ruim
1. Ruim
2. Mais ou menos
3. Bom
4. Muito bom

09. Qual é a sua opinião à respeito do atendimento de enfermagem do Centro de Saúde?

0. Muito ruim
1. Ruim
2. Mais ou menos
3. Bom
4. Muito bom

10. Na sua opinião, o horário de atendimento para consulta médica oferecido pelo Centro de Saúde é:

0. Muito ruim
1. Ruim
2. Mais ou menos
3. Bom
4. Muito bom

11. Na sua opinião, o agendamento de consulta médica como é feito, é:

0. Muito ruim
1. Ruim
2. Mais ou menos
3. Bom
4. Muito bom

12. Na sua opinião, o horário de funcionamento do Centro de Saúde é:
0. Muito ruim
 1. Ruim
 2. Mais ou menos
 3. Bom
 4. Muito bom
13. Qual a sua opinião sobre a sala de espera? (em termos de conforto, de uso de banheiros, beber água, etc.)
0. Muito ruim
 1. Ruim
 2. Mais ou menos
 3. Bom
 4. Muito bom
14. Qual a sua opinião sobre a sala de espera? (em termos de limpeza):
0. Muito sujo
 1. Sujo
 2. Mais ou menos
 3. Limpo
 4. Muito limpo
15. Se você precisou remarcar consulta alguma vez: (Se não, vá para a questão seguinte). Quando foi remarcar a consulta foi:
0. Muito difícil
 1. Difícil
 2. Mais ou menos
 3. Fácil
 4. Muito fácil
16. Você recomendaria os serviços deste Centro de Saúde para um amigo, caso ele pedisse a sua opinião?
0. Nunca recomendaria
 1. Não sei
 2. Recomendaria
17. De modo geral, você está satisfeito com o serviço de consulta médica deste Centro de Saúde?
0. Muito insatisfeito
 1. Insatisfeito
 2. Mais ou menos
 3. Satisfeito
 4. Muito satisfeito

18. Se você precisou agendar uma consulta médica, achou que o tempo entre o agendamento da consulta médica e a sua realização foi:

- 0. Muito demorado
- 1. Demorado
- 2. Mais ou menos
- 3. Rápido
- 4. Muito rápido

19. Como você foi tratado pelos funcionários do Centro de Saúde (auxiliares de saúde, funcionários que agendaram consulta médica, que realizaram abertura de prontuário, pré-consulta, pós-consulta)?

- 0. Atenderam muito mal
- 1. Atenderam mal
- 2. Atenderam mais ou menos
- 3. Atenderam bem
- 4. Atenderam muito bem

20. Você possui convênio médico?

- () Sim Qual? _____
- () Não

21. Caso seja afirmativa a resposta anterior, a sua família é beneficiária também deste convênio?

- () Sim () Não

22. Além deste Centro de Saúde, você costuma usar outro serviço de saúde?

- () Sim Qual? _____
- () Não

23. Na sua opinião, o motivo que o levou a procurar o Centro de Saúde foi resolvido?

- () Sim
- () Não

Por que?

ANEXO 2:

Questionário aplicado à equipe do Centro de Saúde

Roteiro de Entrevista - Enfermeira Gerente do Centro de Saúde, Auxiliares e Profissionais Médicos e Odontológicos

Dados de Identificação

Nome Completo: _____

Grau de Instrução: _____ Profissão: _____

Roteiro:

1. Quais são os serviços oferecidos à comunidade, por este Centro de Saúde?

2. Na sua opinião, o número de funcionários alocados neste Centro de Saúde é suficiente para o atendimento da população que procura pelo serviço de consulta médica oferecido? Por que?

3. Na sua opinião, a estrutura física (prédio, equipamentos) é suficiente para o atendimento da população que procura este Centro de Saúde para obtenção de consulta médica? Por que?

4. Na sua opinião, quais são os principais problemas existentes neste Centro de Saúde? Enumere-os por ordem de importância (até 5).
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.

5. Na sua opinião, quais são as principais qualidades existentes neste Centro de Saúde? Enumere-os por ordem de importância (até 5).

1.

2.

3.

4.

5.

6. Como você avalia o relacionamento dos profissionais com os usuários deste Centro de Saúde ?

1. Muito bom

2. Bom

3. Regular

4. Ruim

5. Muito ruim

ANEXO 3

CLASSIFICAÇÃO DE RUMEL

Grupo 1. Trabalhadores Intelectuais

- Subgrupo 101 – Administrativos
- Subgrupo 102 – Cientistas e artistas
- Subgrupo 103 – Técnicos

Grupo 2. Trabalhadores Agricultores

- Subgrupo 201 – Agropecuários e Produção Extrativa Vegetal e Animal

Grupo 3. Trabalhadores da Área de Serviços

- Subgrupo 301 – Serviços de eletricidade
- Subgrupo 302 – Comércio
- Subgrupo 303 – Transporte
- Subgrupo 304 – Comunicações
- Subgrupo 305 – Prestação de Serviços
- Subgrupo 306 – Escritório
- Subgrupo 307 – Segurança Pública e Defesa Nacional

Grupo 4. Trabalhadores Operários

- Subgrupo 401 – Extrativa Mineral
- Subgrupo 402 – Mecânica, Metalúrgica e Material Elétrico
- Subgrupo 403 – Construção
- Subgrupo 404 – Alimentação, Bebidas e Cigarros
- Subgrupo 405 – Têxtil e Curtição de Couros
- Subgrupo 406 – Vestuário
- Subgrupo 407 – Madeira e Móveis
- Subgrupo 408 – Papel e Papel
- Subgrupo 409 - Gráfica
- Subgrupo 410 – Cerâmica e Vidro
- Subgrupo 411 – Jóias e Instrumentos de Precisão
- Subgrupo 412 – Artefatos de Borracha e Plástico
- Subgrupo 413 – Movimentos de Cargas

Grupo 5. Trabalhadores Braçais

- Subgrupo 501 – Braçais

ANEXO 4

Mapa - Área de abrangência do Centro de Saúde “Dr. Sebastião de Almeida Pinto”