

Fundação Oswaldo Cruz & Grupo Hospitalar Conceição
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica
em Saúde

A TRAJETÓRIA ERRÁTICA DOS USUÁRIOS:
uma Análise do Acesso ao Atendimento Ambulatorial no SUS

Projeto de pesquisa apresentado como exigência para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Rafael Praetzel Andrighetti

Porto Alegre, setembro de 2005

SUMÁRIO

1. Tema	3
2. Introdução	4
3. Contexto	12
3.1. A assistência hospitalar e ambulatorias no SUS: o acesso	12
3.2. O Grupo Hospitalar Conceição	16
3.2.1. Hospital Nossa Senhora da Conceição	17
3.2.2. Hospital Fêmeina	18
3.2.3. Hospital Cristo Redentor	18
3.2.4. Hospital da Criança Conceição	19
3.3. O ambulatório especializado do Hospital Nossa Senhora da Conceição	20
4. Objetivos	24
4.1. Objetivo Geral	24
4.2. Objetivos Específicos	24
5. Metodologia	25
6. Bibliografia	27
6.1 Legislação referida	28
Anexos	29

1. TEMA

O acesso dos usuários ao atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS).

2. INTRODUÇÃO

As atribuições do Estado com relação à garantia dos direitos de acesso dos usuários aos cuidados de saúde ampliaram-se após a promulgação da Constituição federal de 1988, que introduz a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) com a finalidade de implementar as disposições constitucionais, que previam a criação de um sistema público capaz de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (Brasil, 2004a). O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de contribuições sociais (Orçamento federal da Seguridade Social) e de impostos pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades,

independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde, e garantindo o acesso a serviços assistenciais, de acordo com as necessidades da população.

O processo de construção do SUS tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudanças do financiamento, gestão e organização dos serviços. Neste contexto, ganha importância a redefinição dos modelos assistenciais do SUS, isto é, das formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde, de forma a abranger todos os níveis tecnológicos necessários à manutenção e/ou recuperação da saúde da população. Isso significa que está incluída a promoção da saúde, por meio de ações comunitárias, políticas e sociais destinadas à produção de modos mais saudáveis de viver, tendo como base o conceito ampliado de saúde inserido na Constituição. Também inclui ações de vigilância e controle dos riscos, destinadas à diminuir e controlar os fatores capazes de produzir adoecimento nas pessoas e coletividades. Além disso, inclui as ações assistenciais, de tratamento de doenças e reabilitação, por meio de atividades dirigidas a todos os indivíduos doentes com a intenção de restaurar sua saúde aos melhores níveis possíveis. Deve ser registrado que a diretriz constitucional da integralidade da atenção define a promoção da saúde e a prevenção de doenças como atividades que devem ser prioritárias para os serviços e para o sistema de saúde.

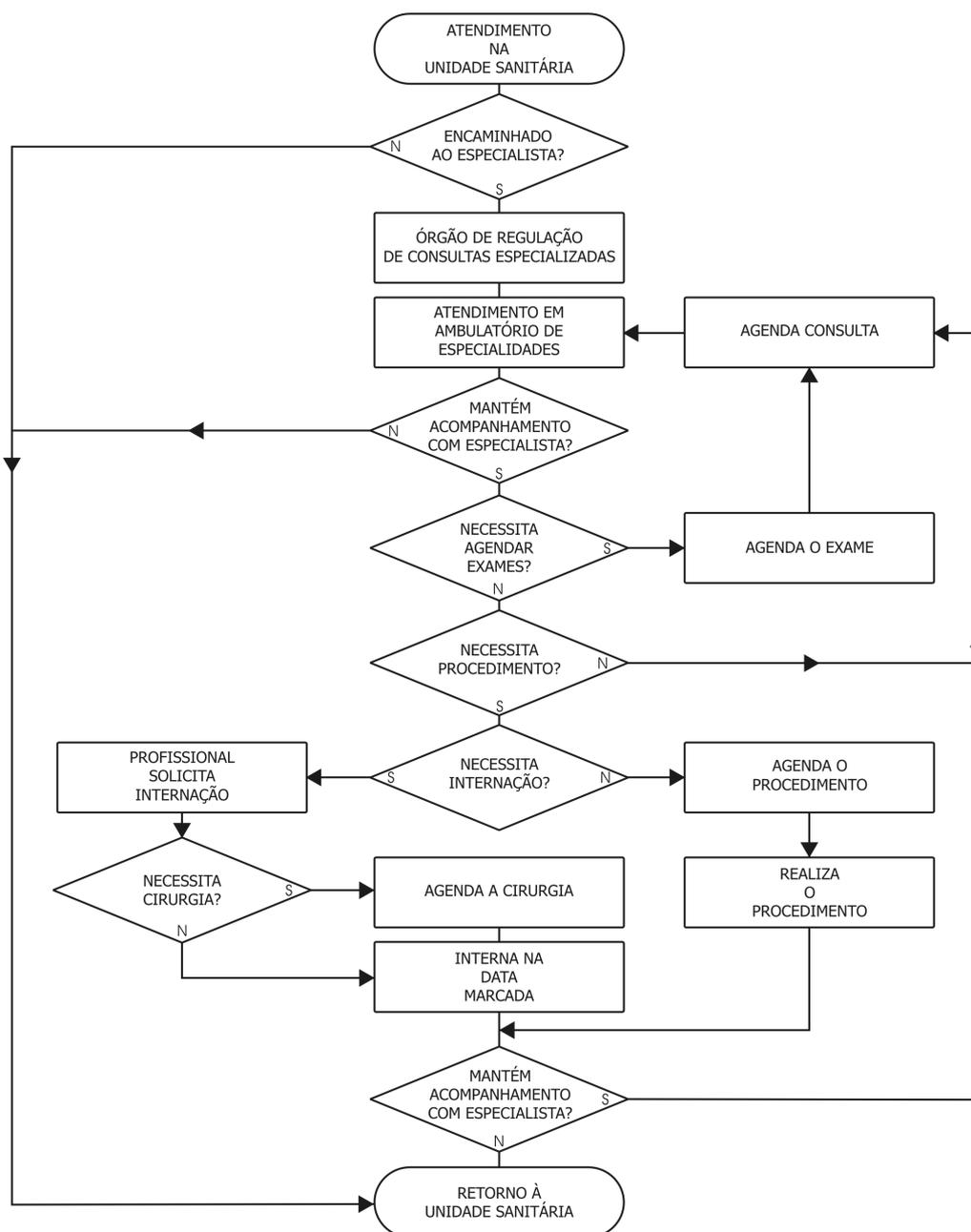
É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar. Além desses aspectos, a constituição histórica de um modelo de organização da saúde hospitalocêntrico também reforça a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de prática de ações de saúde, tornando esses serviços os principais, muitas vezes únicos serviços com resolutividade, na percepção da população, dos veículos de mídia e até de muitos profissionais.

Entretanto, para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, os serviços de atenção básica cumprem um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque podem propiciar mais facilmente a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolubilidade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções da integralidade da atenção, funcionando como cadeia de cuidado progressivo à saúde, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade

dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a qualidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

QUADRO 1 – Fluxograma de atendimento nos Ambulatórios de Especialidades do Grupo Hospitalar Conceição.



FONTE: Coordenação do Ambulatório HNSC. Dados tratados pelo autor.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados em rede, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e populações.

Porém, apesar da lógica territorial e da definição da porta de entrada pela atenção básica se constituírem requisitos fundamentais no processo de re-orientação do modelo assistencial, os usuários do SUS vêm demonstrando, em sua demanda espontânea, uma histórica e persistente preferência por serviços de pronto-atendimento médico. Atualmente, no Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição, é notório um fluxo constante de demanda por serviços de saúde formada por usuários que não se integram à rede assistencial existente e que, por conseguinte, encontram-se frustrados de seus propósitos por ação dos mecanismos de regulação, que visam atender à população com equidade. Em sua busca por escuta qualificada, essa demanda mistura-se à que se dirige para as portas de urgência e emergência, só podendo ser identificada e orientada após o atendimento médico realizado.

Trabalha-se com um grupo de hipóteses justificadoras dessa trajetória desorientada por parte do usuário, embora a doutrina careça de estudos

aprofundados voltados para uma abordagem esclarecedora das causas desses fluxos.

Entre as suposições elencadas, vislumbra-se uma declarada descrença do usuário na resolubilidade oferecida pela rede de atenção básica, o que, em parte, deve-se a uma cultura hospitalar de assistência construída pelo modelo anterior que privilegiava a centralização dos atendimentos.

Outras causas percebidas naqueles que traçam rotas desordenadas diz respeito às suas deficiências no acesso à informação sobre o processo integrado da atenção e a deficiência do sistema em difundir ao usuário informações elucidativas. A carência de informação oficial tem sido ventilada como indutora para o comportamento ora apresentado e um dos prováveis responsáveis pela percepção do usuário da existência de barreiras burocráticas no campo da saúde.

A idéia de promover uma pesquisa centrada na identificação de causas geradoras da movimentação errática busca concentrar esforços para romper este obstáculo que aflige a satisfação do usuário no atual modelo assistencial.

A importância de se desvendar o objeto proposto encontra guarida no preceito fundamental contido na Constituição Federal (Brasil, 1988), quando

afirma em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, deve ser responsabilidade dos serviços que compõem o SUS a facilitação de acesso à prestação efetiva dos serviços postos à disposição do usuário, assim como o combate a todo e qualquer entrave para esta satisfação, que deve ser realizado com vistas a uma breve resolubilidade do fator motivador da busca.

A meta de romper com rotas desorientadas promove, ao lado, a redução do fluxo de pessoas na área física, contribuindo para uma melhor equalização do espaço para a prestação do serviço, conforme preconizado pelas políticas de humanização do atendimento pleno e gerador de bem-estar social. A possibilidade de ordenação dos usuários também contribui para uma redução de custos administrativos despendidos no atendimento informativo ou re-orientador ao usuário.

Também é importante ressaltar as resultantes geradas para a imagem do serviço público de saúde. A credibilidade em torno desse serviço está diretamente ligada a sua efetiva prestação e nesse sentido, a dilatação temporal da resolubilidade gera ao usuário um sentimento de frustração que abala a crença do Estado cumpridor de seu dever.

O interesse em romper com a lógica de lidar diariamente com essa frustração e, por consequência, com o desgaste causado na equipe que coordenamos, fez-se determinante em minha implicação na realização deste projeto.

3. CONTEXTO

3.1. A assistência hospitalar e ambulatorial no SUS: o acesso

É direito de todo o cidadão ter a garantia de acesso à saúde com qualidade. O atual sistema de saúde, o SUS, garantidor de tal direito, encontra-se amparado diretamente no artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e consolidado na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990).

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação dos principais problemas de saúde verificados no território de abrangência, configura a atenção básica (Bertussi, Oliveira & Lima, 2001). Uma atenção básica bem organizada garante a resolubilidade de grande parte das necessidades e problemas de saúde de sua população e consolida uma das diretrizes do SUS, a integralidade das ações.

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais

diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes e solto no mundo. O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biologicamente, psicologicamente e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças, conforme prevêem os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1990). Isto exige que o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, isto faz com que as ações de promoção (que envolve ações de em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação, etc.), com ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes). Estas ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

A integralidade do cuidado à saúde de cada indivíduo transversaliza todo o sistema, ou seja, só pode ser obtida em rede (Cecílio & Merhy, 2001), e a “porta de entrada” para ela, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, é a atenção básica, conforme definido pelo modelo assistencial de saúde da Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil, 2004a). A partir da atenção básica, e dependendo da necessidade, aces-

se os demais níveis de maior sofisticação tecnológica do sistema de saúde, sendo que no nível imediato estão localizados os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais (Cecílio, 1997). Após o acolhimento, assistência e decisão sobre o destino do paciente é necessário que o serviço estabeleça a seqüência da atenção que o sistema terá que prover, para isso sendo necessária a existência de um complexo regulador, capaz de gerar respostas (agendamento e provisão de serviços em tempo adequado). Construídos através de pacto entre gestores municipais, unidades de saúde e representantes da comunidade, os órgãos de regulação constituem-se instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde dentro da rede assistencial, garantindo a equidade, a agilidade e a facilitação do acesso ao usuário, respeitando a referência percebida no atendimento primário.

Porém, a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a porta de entrada mais importante para o sistema de saúde. A porta de entrada principal continua sendo por meio dos hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios (Brasil, 2004a). Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação. O hospital, onde está

localizada a maioria dos ambulatórios de especialidades e dos serviços de diagnóstico, pode ser considerado componente fundamental nesta corrente, mas é somente uma estação no circuito percorrido pelo usuário que visa obter a integralidade necessária ao seu cuidado, tendo como contribuição deste, uma adequada contra-referência após o atendimento. (Brasil, 2004a).

Dentro do Plano Nacional de Saúde (Brasil, 2004b) é destacada a estruturação de serviços ambulatoriais especializados para que sejam complementares à atenção básica, garantindo sua resolubilidade e qualidade. Nessa reorganização, a regionalização da atenção especializada - ambulatorial especializada e alta complexidade - e a integração por linhas de cuidado e atenção a problemas de saúde terão como objetivo a ampliação do acesso na atenção especializada. Mas o acesso aos serviços especializados através dos órgãos de regulação ainda é bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas. Em algumas especialidades de maior demanda e baixa oferta as esperas são tão demoradas, que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas "clientelas cativas", que poderiam muito bem estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disto é que os médicos da rede freqüentemente se "livram" dos pacientes, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de

saúde mesmo (Cecílio, 1997). O usuário, a partir de sua necessidade de acesso, apreende da realidade determinadas “regras sociais” vigentes nas interfaces com os serviços de saúde, constrói estratégias que visam lhe abrir as portas do sistema (Oliveira, 2005).

3.2. O Grupo Hospitalar Conceição

Esta pesquisa tem com base empírica o Ambulatório de Especialidades e o setor de Pronto Atendimento do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre. O Hospital Nossa Senhora da Conceição é o maior das unidades hospitalares que compõem o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é vinculado ao Ministério da Saúde e oferece a totalidade de seus serviços ao Sistema Único de Saúde. O Grupo possui 1.558 leitos, incluindo UTIs e emergências, que apresentam internação média de 5.300 pessoas por mês, realizam 5.000 consultas/dia, 900 partos, 3.000 cirurgias e 240.000 exames por mês. Atualmente, o GHC conta com uma força de trabalho de 6.063 funcionários, possuindo assim o satisfatório índice de 3,89 funcionários por leito, e atinge, em área, mais de 75.000 m². Quanto à população atendida, 50% é da cidade de Porto Alegre, 40% da Região Metropolitana e 10% de outros municípios do Estado e do Brasil.

A proposta de atuação das unidades hospitalares do GHC, definida pelo seu Plano Operativo (GHC, 2005), é reforçar o seu papel de referência regional consoante à política de atenção à saúde municipal: regionalização

da assistência ao parto, às urgências e emergências, ambulatorial especializada e internação de média complexidade, o que significa a inserção do Grupo no complexo regulatório do município. Cada unidade hospitalar tem sua vocação e área de referência assistencial definidas no Plano, que a fonte das informações sumarizadas a seguir.

3.2.1. Hospital Nossa Senhora da Conceição

Hospital geral, unidade de atenção ambulatorial especializada e internação de média e alta complexidade. Possui 830 leitos, 177 consultórios, 43.030 m² de área e 3.575 funcionários. Produziu, em janeiro de 2005, 59.058 consultas, sendo 27.589 de emergência e 31.469 programadas. Realizou 2.440 internações, 1.236 cirurgias, 403 partos e 153.097 exames de laboratório, 8.982 exames radiológicos e 511 exames de Medicina Nuclear. É referência, em Porto Alegre, para 365.800 habitantes da genericamente denominada Zona Norte, sendo dividida em: Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar (180.406 hab.), Gerência Distrital Leste/Nordeste (54.594 hab.), e Gerência Distrital Noroeste/Humaitá, Navegantes e Ilhas (130.799 hab.). É também referência para a região metropolitana e interior em relação às urgências e emergências, atenção ambulatorial especializada e internação de média e alta complexidade.

3.2.2. Hospital Fêmeina

Hospital especializado, unidade de referência regionalizada de atenção ao binômio mãe-bebê. Referência de internação em média complexidade na especialidade de Ginecologia e alta complexidade em Oncologia Ginecológica de adultos. Possui 167 leitos, 15 consultórios, 8535 m² de área e 560 funcionários. Produziu, em janeiro de 2005, 8.354 consultas, sendo 3.256 de emergência e 5.098 programadas. Realizou 1.114 internações, 658 cirurgias, 361 partos e 10.386 exames de laboratório e 1.053 exames radiológicos. É referência geográfica para as Gerências Distritais Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro-Sul, atingindo uma população de 265.000 habitantes de Porto Alegre. Para as internações em Ginecologia e Oncologia Ginecológica é referência para outras regiões de Porto Alegre, além de região metropolitana e interior.

3.2.3. Hospital Cristo Redentor

Hospital especializado, unidade de referência em trauma, tratamento de queimados, 2^o tempo de cirurgia do trauma, atendimento neurocirúrgico de alta complexidade, microcirurgia e subespecialidades específicas da Ortopedia. Possui 281 leitos, 34 consultórios, 18835 m² de área e 1.026 funcionários. Produziu, em janeiro de 2005, 20.775 consultas, sendo 15.937 de emergência e 4.838 programadas. Realizou 646 internações, 666 cirurgias, 11.222 exames de laboratório e 10.117 exames radiológicos. É

referência, em Porto Alegre, para 365.800 habitantes da genericamente denominada Zona Norte, sendo dividida em: Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar (180.406 hab.), Gerência Distrital Leste/Nordeste (54.594 hab.), e Gerência Distrital Noroeste/Humaitá, Navegantes e Ilhas (130.799 hab.), além de ser referência para a região metropolitana e interior em relação às urgências e emergências do trauma e queimados.

3.2.4. Hospital da Criança Conceição

Hospital geral, unidade de cuidado à criança de média e alta complexidade. É referência, em Porto Alegre, para 365.800 habitantes das Gerências Distritais Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste e Noroeste/Humaitá, Navegantes e Ilhas. Conta com 251 leitos, 32 consultórios, 4615 m² de área e 832 funcionários. Produziu, em janeiro de 2005, 12.632 consultas, sendo 5.967 de emergência e 6.665 programadas. Realizou 676 internações, 251 cirurgias, e 2.104 exames radiológicos.

Além das quatro unidades hospitalares relacionadas, o GHC conta ainda com a Gerência de Saúde Comunitária, que se caracteriza por ser um serviço voltado à atenção básica à saúde, constituído por doze equipes multiprofissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde de aproximadamente 120.000 moradores da Zona Norte de Porto Alegre. Realiza atividades preventivas, de educação em saúde, de assistência, de formação de recursos humanos, e conta com o apoio técnico do Núcleo de Epidemiologia,

responsável por sistematizar e coordenar ações, consolidar e analisar dados, atualizar rotinas e divulgar informações.

3.3. O Ambulatório especializado do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Distribuído pelos blocos A e H do HNSC, onde ocupa área de 2.300m² e 75 consultórios, o Ambulatório é um centro de especialidades médicas, englobando 34 serviços e 300 profissionais de saúde. Oferta ao Município de Porto Alegre 17,5% de suas consultas programadas, e é responsável por prestar atendimento especializado para 400.000 habitantes da denominada Zona Norte de Porto Alegre, além de ser referência para região metropolitana e interior, responsáveis por 50% da demanda. O Ambulatório especializado do HNSC possui capacidade instalada de 33.000 consultas/mês, distribuídas em especialidades médicas - Cardiologia, Oftalmologia Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Infectologia, Medicina Interna, Hepatologia, Neurologia, Nefrologia, Obstetrícia, Geriatria, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia, Mastologia, Cuidados Paliativos, Homeopatia, Alcoolismo – e não-médicas – Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Suporte Nutricional. Opera com nº de consultas como indicador de produtividade, sendo que as consultas dividem-se em:

- a) primeiras consultas: são as consultas ofertadas aos órgãos de regulação ou diretamente às gerências distritais para atender aos encaminhamentos da atenção primária. Constitui-se única forma de acesso às consultas especializadas do Ambulatório. Atualmente oferta-se 22% do total de consultas realizadas;
- b) interconsultas: encaminhamento de uso exclusivamente interno, entre um especialista e outro, quando o tratamento demandar. Por tratar-se de uma oferta pequena (10% do total de consultas), e não contar com restrições de encaminhamento entre especialidades não-afins, acaba por gerar demanda reprimida em determinados serviços, visto que o usuário mantém o vínculo com a instituição;
- c) reconsultas: consulta de revisão ambulatorial, para seqüência ou desfecho do tratamento (alta). Está na razão de três para cada primeira consulta ou interconsulta, e sua disponibilidade está relacionada à capacidade de alta ambulatorial do serviço. Serviços que atendem a doenças crônicas podem acabar por dilatar o tempo entre consultas em até um ano, em alguns casos.

O quadro abaixo demonstra a utilização de primeiras consultas pela regulação municipal no mês de agosto/2005, considerando o índice de ociosidade como de consultas não aproveitadas e o índice de absenteísmo como de consultas em que o paciente não compareceu. A média de

ociosidade pode indicar que houve excesso de oferta em alguns serviços, ou que os métodos de disponibilizá-las foram ineficazes, carecendo estudo a comprovar qualquer das duas.

QUADRO 2 – Utilização efetiva de primeiras consultas ofertadas pelo Ambulatório do HNSC, considerando o número disponibilizado (DISPONIBIL.), o percentual de absenteísmo (ABS.) e de ociosidade (OCIOS.)

SERVIÇO	DISPONIBIL.	ABS (%)	OCIOS (%)
115 - FONOAUDIOLOGIA	163	0,00%	0,00%
117 - CARDIOLOGIA	140	19,12%	2,86%
118 - OFTALMOLOGIA	127	24,00%	1,57%
119 - CIR. GERAL	28	18,52%	3,57%
121 - CIR. PLÁSTICA	35	22,86%	0,00%
122 - CIR. TORÁCICA	5	20,00%	0,00%
123 - CIR. VASCULAR	68	26,47%	0,00%
124 - DERMATOLOGIA	319	22,33%	0,31%
125 – ENDOCRINOL.	233	21,58%	18,45%
127 – GASTROENT.	88	25,29%	1,14%
128 – GINECOLOGIA	407	27,27%	21,62%
130 – INFECTOLOGIA	36	52,78%	0,00%
132 – NEUROLOGIA	95	27,66%	1,05%
133 – NEFROLOGIA	126	26,40%	0,79%
136 – OBSTETRÍCIA	202	33,33%	52,48%
138 – GERIATRIA	87	35,29%	41,38%
139 – ONCOLOGIA	16	42,86%	12,50%
140 – OTORRINO.	231	25,60%	10,39%
141 – PNEUMOLOGIA	302	16,13%	17,88%
142 – PROCTOLOGIA	14	7,14%	0,00%
143 – PSICOLOGIA	11	45,45%	0,00%
144 – PSIQUIATRIA	43	32,35%	20,93%
145 – REUMATOLOGIA	91	3,33%	1,10%
153 – UROLOGIA	79	26,32%	3,80%
155 – MASTOLOGIA	134	27,34%	4,48%
159 - CUIDADOS PALIATIVOS	16	-	100,00%
167 – HOMEOPATIA	84	25,00%	38,10%
171 – ADOLESCENTES	27	100,00%	96,30%
TOTAL	3207	23,58%	15,75%

FONTE: Sistema de Informações GHC. Dados tratados pelo autor.

Lotado no Ambulatório, o serviço de Pronto Atendimento ocupa o 1º andar do bloco H e é composto por 11 profissionais de Medicina Interna, tendo sua capacidade instalada de 180 consultas/dia destinada à demanda espontânea, justamente por determinação desta, seguindo tendência internacional (Brasil, 2004a). Para este setor são encaminhados os pacientes que procuram atendimento no HNSC de segunda a sexta-feira, no horário das sete às dezenove horas, e tem sua classificação de gravidade na triagem do setor de Emergência definida como azul (de menor urgência). Funciona de maneira tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista, com notado grau de insatisfação das expectativas do usuário e na contra-mão da integralidade. Sendo essa a linha final do itinerário percorrido pelo usuário do SUS que não se enquadra no modelo assistencial de saúde vigente, é também a base empírica mais adequada ao que neste projeto de pesquisa está proposto.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral:

- Identificar evidências que atestem a existência de trajetórias erráticas pelos usuários da rede de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde.

4.2. Objetivos específicos:

1. Analisar as formas de acesso dos usuários ao atendimento ambulatorial no SÚS, tendo como base empírica o Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre;
2. Averiguar a informação do usuário sobre a utilização dos serviços de saúde pública;
3. Perquirir sobre possíveis mecanismos para difusão da informação ao usuário a serem implementados na rede de assistência;
4. Aprofundar a discussão sobre movimentação errática, com vistas à produção de dados a serem utilizados como subsídio para a tomada de decisões em gestão de saúde.

5. METODOLOGIA

Na consecução dos objetivos específicos pretendidos será utilizada pesquisa descritiva e exploratória, de base qualitativa a se realizar através da aplicação de questionários estruturados com perguntas fechadas, abertas e mistas, a observação direta e a análise de dados secundários.

A população da pesquisa será de uma amostra representativa de usuários do SUS que são caracterizados como demanda espontânea, dirigindo-se ao Ambulatório de Especialidades do HNSC sem consulta agendada, ou ao Acolhimento da Emergência do HNSC, recebendo classificação de gravidade azul, sendo encaminhado ao corpo clínico do Pronto Atendimento e, posteriormente, liberados. Serão entrevistados aleatoriamente 30% dos usuários que se enquadram no quesito descrito que utilizarem o serviço no período do mês de outubro de 2005. A partir dos dados preliminares dessa amostra, será desenhada nova pesquisa para ser aplicada no ano de 2006, em uma semana a cada mês, sorteada aleatoriamente, para verificar variações sazonais. Os dados serão analisados por frequência simples e descritos, tomando por base também outros estudos da literatura. As perguntas abertas serão categorizadas segundo o conteúdo das respostas apresentadas.

O projeto de pesquisa será levado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Os sujeitos da pesquisa farão uso do termo de consentimento livre e esclarecido.

6. BIBLIOGRAFIA

BERTUSSI, DÉBORA CRISTINA; OLIVEIRA, MARIA DO SOCORRO; LIMA, JOSIANE CAMARGO. A Unidade Básica no contexto do sistema de saúde. Em: **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL/ABRASCO, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doutrinas e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde do Brasil. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2004c.

CECILIO, LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, jul./set. 1997, vol.13, no.3, p.469-478.

CECÍLIO, LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA; MERHY, EMERSON ELIAS. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, ROSENI; MATTOS, RUBEN ARAÚJO (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. **Plano Operativo GHC 100% SUS**. Porto Alegre, GHC, 2005.

OLIVEIRA, LÚCIO HENRIQUE DE. Cidadãos Peregrinos: significados da demanda de usuários do SUS a serviços de urgência e emergência no contexto de reorientação do modelo assistencial. *Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. UFSC, 9 a 13 de julho de 2005.

6.1. Legislação referida:

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Federal Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

ANEXOS:

QUESTIONÁRIO:

Dados de perfil

1. Faixa etária:

- menor que 25 anos
- 25 a 34 anos
- 35 a 44 anos
- 45 a 54 anos
- 55 a 64 anos
- acima de 64 anos

2. Sexo:

- Feminino
- Masculino

3. Sabe ler e escrever:

- Sim
- Não
- Só assina o nome

Dados de Residência

4. Local de residência:

- Porto Alegre. Qual bairro? _____
- Região Metropolitana. Qual cidade? _____
- Interior. Qual cidade? _____

Dados de Fluxo

5. Antes de vir ao HNSC, procurou atendimento em outro local?

- Sim
- Não

Caso a resposta for não, vá para a questão nº 7.

6. Foi atendido?

- Sim
- Não. Por que? _____

7. Há quanto tempo procura o HNSC?

- Primeira vez

- Menos de um ano
- Entre 1 e 4 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

8. Quem indicou o HNSC?

- Profissional de Saúde
- Família
- Amigos
- Meios de comunicação
- Outro. Qual? _____

9. Qual o principal motivo que fez você procurar o HNSC?

- Confiança em quem indicou
- Confiança nos profissionais
- Certeza de receber atendimento
- Proximidade da residência
- Acesso a exames
- Acesso a médicos especialistas
- Não conhece outro local
- Outro. Qual? _____

10. Já procurou assistência médica no posto de saúde que atende a sua região de residência?

- Sim
- Não. Por que? _____

Caso a resposta for não, vá para a questão nº 18.

11. Sempre que procura, é atendido no mesmo dia?

- Sim
- Não

12. Seu posto de saúde disponibiliza médico?

- Sim
- Não

13. Seu posto de saúde disponibiliza equipe de enfermagem?

- Sim
- Não

14. Quanto ao espaço físico, você considera seu posto de saúde:

- Muito satisfatório
- Satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório

15. Quanto à disponibilidade de exames, você considera seu posto de saúde:

- Muito satisfatório
- Satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório

16. Quanto ao acesso ao atendimento, você considera seu posto de saúde:

- Muito satisfatório
- Satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório

17. Quanto à capacidade de resolver seus problemas de saúde, você considera seu posto de saúde:

- Muito satisfatório
- Satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório

18. Você já foi encaminhado a um médico especialista?

- Sim, pelo médico do posto de saúde
- Sim, pelo médico do hospital
- Sim, por outro médico
- Não

Caso a resposta for não, vá para questão nº 20.

19. A consulta com médico especialista foi agendada?

- Sim, através do posto de saúde
- Sim, através do hospital
- Não. Por que? _____

20. Quanto ao acesso aos serviços de saúde, você considera:

- Muito satisfatório
- Satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório