



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE GEOGRAFIA**

JOSÉ RILDO FREIRE E SILVA

**A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA-PB:
ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE PARA O ATENDIMENTO NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPINA GRANDE
2018**

JOSÉ RILDO FREIRE E SILVA

**A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA-PB:
ANALISE DA ACESSIBILIDADE PARA O ATENDIMENTO NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Educação da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em Geografia.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª.Valéria Raquel Porto de Lima.

**CAMPINA GRANDE
2018**

S586g Silva, Jose Rildo Freire e.
A geografia da saúde no município de Massaranduba-PB [manuscrito] : análise da acessibilidade para o atendimento no programa saúde da família / Jose Rildo Freire e Silva. - 2018.
28 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Educação, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Valéria Raquel Porto de Lima, Coordenação do Curso de Geografia - CEDUC."
1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Acesso. 3. Zona Rural. 4. Unidade básica da família. I. Título

21. ed. CDD 614

JOSÉ RILDO FREIRE E SILVA

**A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA-PB:
ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE PARA O ATENDIMENTO NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Artigo, apresentada(o) ao Centro de Educação da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em Geografia.

Aprovada em: 13/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Valéria Raquel Porto de Lima
Prof. Dr^a. Valéria Raquel Porto de Lima (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Angélica Mara de Lima Dias
Doutoranda Angélica Mara de Lima Dias
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Faustino Moura Neto
Prof. Me. Faustino Moura Neto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À Jahelina Almeida, pelos incansáveis incentivos, compreensão e estímulo. Pela possibilidade de tentar de novo. Sem ela não seria possível!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	08
2.1	Aspectos gerais da Geografia da Saúde.....	08
2.2	Programa de agentes comunitários da saúde e sua ação territorial.....	10
3	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DA PESQUISA.....	11
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
4.1	Tipologia da pesquisa.....	14
4.2	Períodos e instrumentos para coleta de dados.....	14
4.3	Procedimentos para análise dos dados.....	14
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5.1	Perfil dos agentes comunitários de saúde.....	15
5.2	Territorialidade da atuação dos agentes comunitários da saúde na zona rural do município de Massaranduba.....	19
5.3	Principais obstáculos naturais para atuação dos agentes comunitários de saúde na zona rural do município de Massaranduba.....	24
6	CONSIDRAÇÕES FINAIS.....	27
7	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICES	

A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA-PB: ANALISE DA ACESSIBILIDADE PARA O ATENDIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

FREIRE e SILVA, José Rildo¹

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar como a acessibilidade influencia na atuação do programa de saúde básica da família na zona rural do município de Massaranduba, no estado da Paraíba, na perspectiva dos usuários. Nessa direção, buscamos desdobrar essa problemática nos seguintes objetivos específicos: Espacializar a atuação das Unidades Básicas de Saúde-UBS e dos Agentes Comunitários de Saúde-ACS; Apontar quais as principais barreiras geográficas relacionadas ao acesso dos usuários e; Apontar as dificuldades enfrentadas pelos usuários em relação ao atendimento nas unidades. Foram coletadas informações sociais e demográficas dos usuários da Unidade Básica da Saúde localizada no Sítio Gravatá no referido município e a avaliação dos entrevistados acerca da acessibilidade aos serviços oferecidos e a atuação do Agente Comunitário de Saúde. Os dados foram colhidos por meio de um questionário aplicado com 50 usuários da UBS. Conclui-se que a implantação da UBS no município atendeu ao modelo de territorialização adotado pelo Ministério da Saúde e, que embora 61% dos entrevistados se declarem satisfeitos com o atendimento e o acompanhamento do agente comunitário, há restrições na acessibilidade geográfica com usuários levando até 60 minutos no deslocamento até a UBS (39%). Os dados coletados indicam que a distância entre a residência é considerada por 50% dos entrevistados como a maior dificuldade e por isso 43% só procura a unidade às vezes. Entretanto, a visita domiciliar, as orientações claras do agente foram apontadas como satisfatória para 43% da amostra.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Acessibilidade. Usuário. Zona Rural.

1- INTRODUÇÃO

A Geografia da Saúde na atualidade tem sido utilizada para aprofundar estudos sobre a saúde fundamentando-se em conceitos da geografia humana (GUIMARÃES, 2015). É um tema relevante e encontra desafios que ainda persistem na saúde pública, mas os avanços das pesquisas que retratem e discutem as questões da prestação de serviços de saúde pública e o atendimento aos cidadãos vem crescendo nos últimos anos auxiliando no entendimento de alguns questionamentos e problemáticas relacionados à temática.

Neste cenário, observando a evolução dos serviços de saúde para a população e a acessibilidade a estes serviços no âmbito público, encontra-se o Programa Saúde da Família

¹ Aluno de Graduação em Geografia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. Email: freirerildo@hotmail.com

(PSF), que foi implantado no Brasil em 1994 e tem sido concebido até então como referenciais da organização da Atenção Básica no país.

De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF insere-se na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual visa promover atenção integral, equânime e contínua. Sendo assim, o modelo de atenção proposto pelo PSF se estrutura nas comunidades atuando na prevenção, identificação e encaminhamento para as secretarias de saúde dos municípios as demandas das famílias e dos domicílios, pois a ampliação do território e abrangência dos atendimentos, é uma das metas de atuação do PSF.

Em razão disso, buscamos refletir sobre o acesso do atendimento ao Programa Saúde da Família, visto que foram observados alguns empecilhos para a boa realização do atendimento. Nesse sentido, surge o questionamento: como a acessibilidade influencia na atuação do Programa de Saúde Básica da Família na zona rural?

Sendo assim, e tendo em vista, as inquietações na construção desta pesquisa, tem-se por objetivo principal analisar como a territorialidade influencia na atuação do programa de saúde básica da família na zona rural do município de Massaranduba Pb. Nessa direção, buscamos desdobrar essa problemática nos seguintes objetivos específicos, a saber: Apontar quais as principais barreiras geográficas relacionadas ao acesso dos usuários; Apontar as dificuldades enfrentadas pelos usuários em relação ao atendimento nas unidades.

Para viabilizar esta pesquisa adotou-se abordagem metodológica de cunho qualitativo, em que utilizando-se de dados primários e secundários investigou-se o quanto a acessibilidade influencia na atuação do Programa de Saúde Básica. Os instrumentos para a coleta de dados foram relatórios de órgãos oficiais como o Ministério da Saúde, observações em cinco unidades de saúde, instaladas na zona rural de Massaranduba e aplicação de questionários com usuários e profissionais destas unidades. O questionário com os usuários foi aplicado após o atendimento na unidade de saúde, enquanto o questionário para os profissionais foi entregue e recolhido após uma semana.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos gerais da geografia da saúde

A Geografia da Saúde é descrita como área de estudo que pesquisa a relação entre saúde, meio ambiente e as doenças presentes em determinada região. Ela tem sido conceituada como a caracterização da distribuição espacial das doenças em área delimitada,

podendo ou não estar relacionado com os aspectos geográficos (JUNQUEIRA, 2009; PEREHOUSKEI, BENADUCE, 2007).

Esta relação entre a Geografia e a Saúde não é recente, remonta ao final do século XIX. No Brasil os primeiros estudos sobre o tema surgem na década de 1950 com a Geografia Médica (JUNQUEIRA, 2009). Por isso, várias definições têm sido atribuídas a Geografia da Saúde. Contudo, Rojas (2003), assinala que a geografia da saúde é bem abrangente, pois considera em sua análise a qualidade de vida, a educação, a moradia, o saneamento básico, infraestrutura em saúde e outros com a saúde das populações.

Segundo Guimarães (2015, p.81), diversas áreas tem se debruçado sobre o conceito de saúde, o que tem resultado na produção de categorias de pensamento que são utilizados para a enunciação do que vêm a ser as coisas do mundo, a exemplo da Geografia da Saúde. O que significa dizer que “para compreender o conceito de saúde, do ponto de vista geográfico, é preciso relacionar as categorias que o conformam, como extensão, ordem e conexão”.

Para Rojas (2003), a Geografia da Saúde se divide apenas em Geografia Médica (ou tradicional) e Geografia da Atenção à Saúde. Nesse entendimento, a Geografia da Saúde, contribui na identificação e caracterização dos ambientes de maior ocorrência dessas doenças, bem como a maneira como afetam os seres humanos.

Portanto, o modelo de Programa de Atenção Básica a Saúde na atualidade parece-nos que foram elaboradas considerando as informações geográficas, porque desde sua implantação na década de 1990, empregou a estratégia política e prática estabelecendo os distritos sanitários para demarcar o território e o público-alvo para os serviços de saúde (FARIA, 2013; BRASIL, 2002).

Segundo Pereira (2008, p.219), a geografia da saúde possibilita a abordagens de diversas questões sob o ângulo da saúde e do ambiente, tais como “as velhas e novas endemias, violência, mortalidade, os sistemas de saúde, dispersão e difusão epidêmica, mudanças climáticas e transição epidemiológica”.

Nessa perspectiva, estudar a atuação territorial dos agentes comunitários da saúde na perspectiva da geografia da saúde é considerar o lugar como uma variável importante do programa, uma vez que nos ajuda a compreender a influência de fatores como localidade, educação e a relações sociais na saúde da população.

2.2 Programa de agentes comunitários da saúde e sua ação territorial

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início em 1991 e se configura como estratégia de Atenção Primária à Saúde-APS no Brasil. O programa é desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) conjuntamente com o Programa Saúde da Família (PSF) em parceria com Estados e Municípios.

Segundo o Ministério da Saúde, o PACS surgiu a partir de uma iniciativa para atuação em algumas áreas da Região Nordeste, assim como o Distrito Federal e São Paulo, buscando a época alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades (BRASIL, 2010).

Nessa direção, o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) define como uma das competências dos ACSs trabalhar com microáreas, definidas como “adstrição de famílias com base geográfica definida” (BRASIL, 2012).

Nas micro áreas, os ACS atuam desenvolvendo ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população, além disso, são responsáveis por:

cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras (ALMEIDA BAPTISTINI *et al*, 2014, p.54).

Também é facultado ao agente desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que relacionadas às atribuições descritas pelo autor. Para Binda *et al* (2013, p.394), na proposta do PSF, “*a família passou a ser enfocada como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo, sendo introduzida a noção de área de cobertura a ser contabilizada por família*”. Todavia, Lemke e Silva (2013, p.13), assinalam embora os ACS sejam apontados como o elo entre o sistema de saúde e a população, “no território, incide sobre as práticas dos agentes toda a tensão gerada pelo descompasso que ainda existe entre o ideal de universalidade, equidade e integralidade e as possibilidades reais do sistema em atender a esses direitos sociais”.

De todo modo, hoje, o PACS, de acordo com o MS, apresenta-se como umas das principais estratégias da atenção primária a saúde no país, para o aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS. Por isso, segundo o Ministério o Agente Comunitário de Saúde-ACS deve ser proveniente de sua comunidade, tendo que residir na

área de trabalho há pelo menos dois anos, conhecer a realidade local, sendo fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança (BRASIL, 2002).

O trabalho do ACS é realizado através Atenção Primária à Saúde (APS), e, portanto, o agente tem como função básica: a) Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; b) Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; c) Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde e; d) Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL, 2009, p.26).

Assim, em linhas gerais pode-se dizer que o ACS é o elo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a população e por isso, o trabalho do agente diferencia-se na relação que estabelece com a comunidade da prática dos demais componentes da equipe multidisciplinar que atua na unidade de saúde, composta por, no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Em relação ao ACS, sua atuação deve abranger de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à unidade de saúde da família (BRASIL, 2002). Nesse sentido, um dos objetivos do programa é que as equipes trabalhem com definição de território de abrangência, a fim de que se atinja a cobertura do território a ela designado, em relação a todas as necessidades de saúde da população.

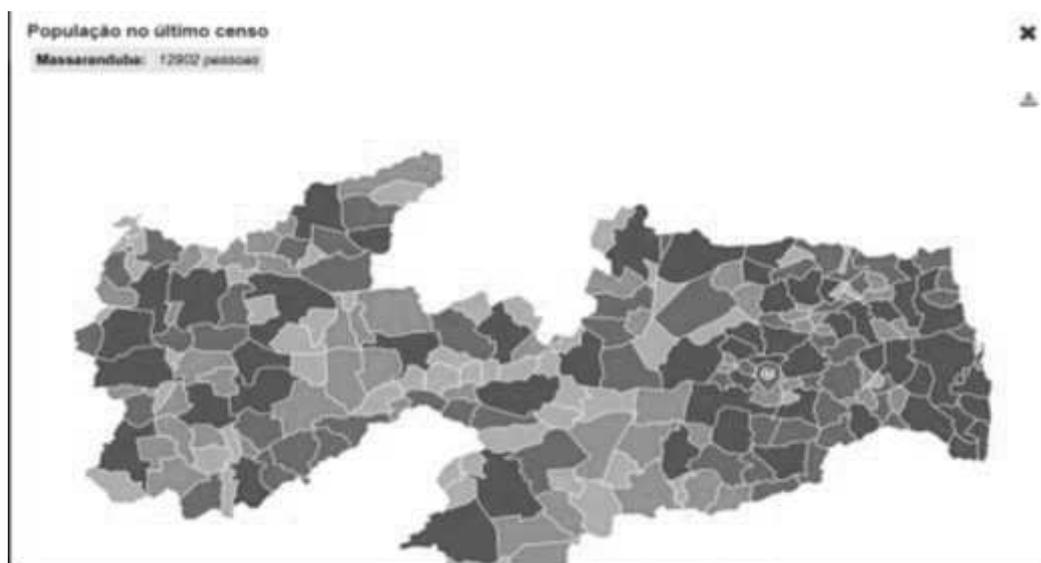
A atuação territorial dos agentes foi delineada seguindo o pressuposto do Programa de Saúde da Família, a descentralização e a importância do espaço local ou território (COUTINHO, 2016). Essa base organizativa da divisão territorial, somente foi implantada com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS 01/2001.

3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DA PESQUISA

O município de Massaranduba está localizado na Mesorregião Agreste Paraibano do Estado da Paraíba. Sua área é de 206 km². A sede do município tem uma altitude aproximada de 541 metros distando 102,5 Km da capital, João Pessoa (CPRM - Serviço Geológico do Brasil, 2005).

Massaranduba limita-se ao Norte com os municípios de Alagoa Grande, Alagoa Nova, Lagoa Seca e Matinhas; Ao Sul com Campina Grande; ao Leste com Serra Redonda, Riachão do Bacamarte, Ingá e; ao Oeste também com o município de Campina Grande (CPRM, 2005).

Figura 1: Mapa Município de Massaranduba-PB



Fonte: IBGE/2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/massaranduba/panorama>.

O relevo do município é bastante movimentado, moderadamente dissecados, apresentando altitudes entre 300 e 700 metros, com solos pobres e rasos, salvo nas áreas de fundo de vales estreitos e profundos. O clima é caracteristicamente tropical, quente e semiúmido com instabilidade nos períodos chuvosos, que se estende de março a setembro (CPRM, 2005).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2018), a população estimada do município é de 13.742 pessoas e a densidade demográfica de 62,64 hab/km². Ainda segundo o referido instituto o Índice de Desenvolvimento Humano-IDH do município é 0.567.

Ainda segundo o IBGE (2018), o município apresenta 30.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 57.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Na área da Saúde, o IBGE registra que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14.71 para 1.000 nascidos vivos. Massaranduba registra 30.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 57.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

O município conta com comunidades rurais cuja principal atividade produtiva caracterizada pela agropecuária, especialmente agricultura de subsistência e produção de

frutas. Os serviços de saúde pública para os habitantes da zona rural funcionam nas seguintes unidades de saúde: UBS II Francisco Roberto de Souza, no Distrito de Santa Terezinha, UBS V Aderbal Gomes da Silva, no Sítio Aningas, UBS IV João Soares de Lima, no Sítio Gravatá, UBS III Cachoeira do Gama, no Sítio Cachoeira da Gama e, UBS VI Clovis Agra de Melo, no Sítio Cafula. Em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), funcionam 7 Equipes de Saúde da Família (ESF) e seis Equipes de Saúde Bucal (ESB).

No contexto em que se estrutura o estudo, Massaranduba conta com cinco unidades de saúde inseridas na Estratégia Saúde da Família-ESF, com sete equipes em pleno funcionamento, num total de 33 agentes de saúde, dos quais cinco desenvolvem suas atividades na zona rural do município, conforme verifica-se na Figura 2.

Figura 2: Dados Atenção Básica a Saúde-Massaranduba-PB

07/09/2018

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e implantação das subáreas de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
Unidade Geográfica: Município - MASSARANDUBA/PB
Competência: Janeiro de 2017 a Junho de 2018

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde			Equipe de Saúde da Família			Equipe de Saúde Bucal									
			Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Modalidade I		Modalidade II		Resf Tipo I			
											Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema
2017	01	13.004	33	33	33	26	7	7	6	5	7	6	5	0	0	0	1	1
2017	02	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	03	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	04	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	05	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	06	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	07	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	08	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	09	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	10	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	11	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2017	12	13.004	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2018	01	13.755	33	33	33	33	7	7	6	4	7	6	4	0	0	0	1	1
2018	02	13.755	34	33	33	33	7	6	4	4	6	4	0	0	0	1	1	
2018	03	13.755	34	33	33	27	7	6	4	5	6	4	0	0	0	1	1	
2018	04	13.755	34	33	33	33	7	6	4	4	6	4	0	0	0	1	1	
2018	05	13.755	34	33	33	33	7	6	4	4	6	4	0	0	0	1	1	
2018	06	13.755	34	33	33	33	7	6	4	4	6	4	0	0	0	1	1	
2018	07	13.755	34	33	33	33	7	6	4	4	6	4	0	0	0	1	1	

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
Obs.: A Nota Técnica contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

As informações apresentadas na Figura 2, é um dos dados que servem de base para o Ministério da Saúde planejar decisões de gestão da Atenção Básica em todo o país. Além destes, dados como as intervenções realizadas pela equipe na comunidade são fundamentais e parte necessária da estratégia de Saúde da Família, pois contém as informações sócio demográficas e sanitárias para identificar quais ações são necessárias para a área de cobertura (BRASIL, 2017).

4- PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

4.1- Tipologia da pesquisa

Considerando o objetivo geral do estudo, este se caracteriza como exploratório, porquanto ele possibilita realizar o levantamento dos aspectos teóricos vital ao alcance dos objetivos propostos no estudo. Para Gil (2008), as pesquisas de natureza exploratória, oportunizam familiarizar-se com uma temática até então pouco explorada.

O estudo também se caracteriza como descritivo, conceituado por Gil (2002, p.46), como os que têm por objetivo “a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis”.

Em relação à natureza científica, o estudo é qualitativo, por ser este abundante em dados descritivos, como também por focalizar a realidade de forma contextualizada. Nesse sentido Lakatos e Marconi (2010), ressaltam que esse tipo de abordagem preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento das pessoas.

4.2 Períodos e instrumentos para coleta de dados

Em consonância com o objeto de estudo, optou-se por utilizar como procedimentos técnicos nesta pesquisa, os estudos bibliográficos e documentais e, o estudo de caso. Visto que o estudo de caso, não se limita a perguntas que induzam às respostas diretas e fechadas, mas possibilita interpretar, refletir e explorar os dados.

Nesse entendimento, optou-se por aplicar um questionário semiestruturado em uma das unidades de saúde da zona rural do município de Massaranduba-PB, no mês de setembro de 2018, distribuídos entre usuários da UBS IV João Soares de Lima, instalada no Sítio Gravatá.

Os dados foram coletados junto a 50 usuários da referida unidade. Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram os seguintes: usuários atendidos na unidade de saúde do Sítio Gravatá e estar de acordo em participar do estudo.

4.3 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram analisados de forma quantitativa e os resultados apresentados por meio de gráficos contendo números absolutos e percentuais. Nessa direção, a análise e discussão dos dados estão fundamentadas à luz da pesquisa bibliográfica que fundamenta o

estudo e na comparação com os dados nacionais disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre o assunto.

Os resultados foram apresentados em gráficos, considerando a proporção de questionários respondidos, subdivididos entre os usuários e os profissionais de saúde da unidade básica supracitada.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos usuários das unidades da saúde na zona rural de Massaranduba PB

O questionário foi aplicado com usuários da UBS IV João Soares de Lima (Figura 3), no Sítio Gravatá, zona rural de Massaranduba e englobou questões direcionadas ao perfil sócio demográfico como: idade, sexo, escolaridade e ocupação, bem como assuntos pertinentes ao contexto da pesquisa. Nessa parte do questionário os usuários puderam expor o que realmente vivenciam em relação à acessibilidade dos agentes de saúde e o atendimento da população pelo programa saúde da família.

Figura 3. UBS IV João Soares de Lima - Sítio Gravatá - Massaranduba-PB.

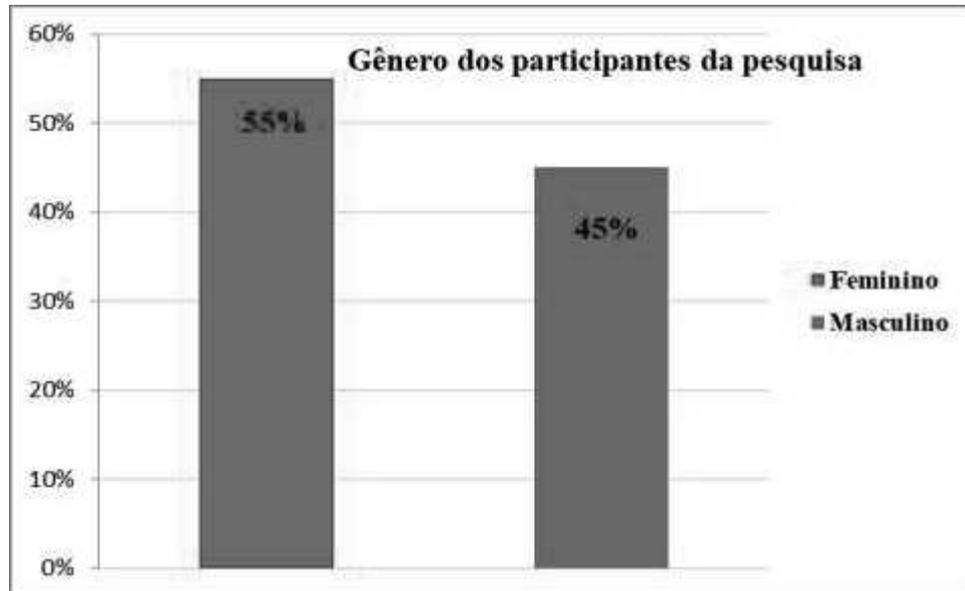


Fonte: Acervo do pesquisador, 2018.

Foram aplicados 50 (cinquenta) questionários distribuídos entre os usuários da UBS do Sítio Gravatá, apenas 44 indivíduos devolveram o questionário respondido. Sendo assim, e considerando o perfil sócio demográfico dos usuários da UBS IV João Soares de Lima, com

relação ao gênero dos participantes da pesquisa, no Gráfico 1 observa-se que a maior porcentagem é do gênero feminino (55%).

Gráfico 1. Gênero dos participantes da pesquisa de Massaranduba-PB.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

Estes dados coadunam com as informações do último censo populacional realizado pelo IBGE (BRASIL, 2015), cujo número de mulheres equivale a 43,6% da população brasileira. A Pesquisa Nacional de Saúde-PNS, realizada em 2013 pelo IBGE que revelou que o índice de mulheres brasileiras que procuram os serviços de saúde equivale a 78% da população atendida no país, contra os homens que é de apenas 63%.

Em relação à faixa etária dos usuários entrevistados, optou-se por agrupá-los pelas faixas concernentes ao adulto jovem e idoso em três classes de idade, a saber: 15 a 30 anos, de 31 a 50 anos e mais de 50 anos. Sendo assim, conforme registrado no Gráfico 2, a faixa etária predominante é composta por usuários entre 18 a 69 anos.

Gráfico 2 – Distribuição por agrupamento etário.

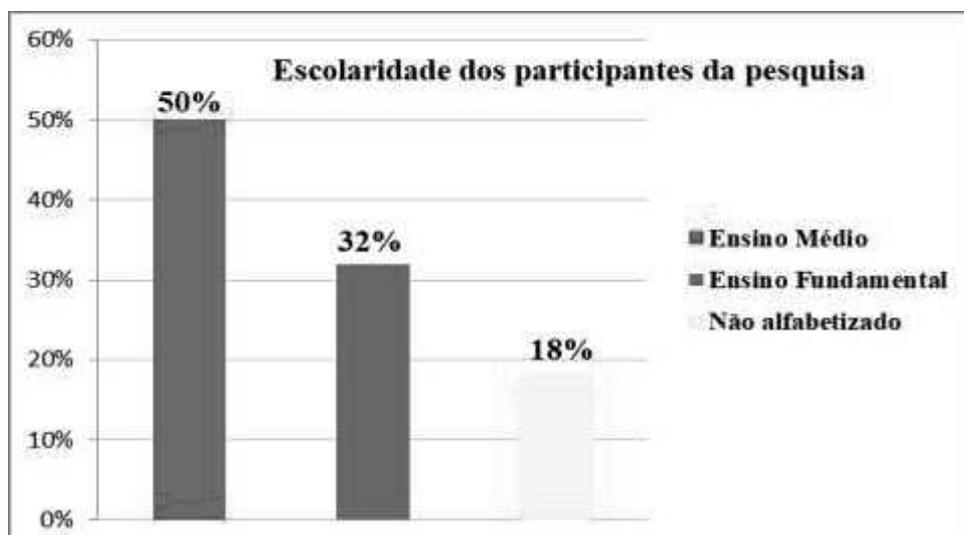


Fonte: Dados dos questionários/2018.

O perfil apresentado no Gráfico 2, revela que dos usuários da zona rural de Massaranduba, atendidos pelos ACS 25% estão na faixa etária entre 15 e 30 anos, 45% entre 31 e 50 anos e, 30% dos usuários estão acima de 50 anos. Estes números corroboram com encontrados na literatura, de que a proporção de moradores na zona rural vem envelhecendo e jovens ainda são minoria (EMBRAPA/2017).

Em relação à escolaridade dos entrevistados 50% informou possuir Ensino Médio, 32% informaram ter cursado apenas o Ensino Fundamental e 18% declararam não ser alfabetizado, conforme verifica-se no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição por escolaridade.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

Embora seja perceptível um avanço na taxa de escolaridade no Brasil, na zona rural, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD (BRASIL, 2017) a diferença de escolaridade na zona urbana e rural é acentuada. Portanto, os dados apresentados no Gráfico 3, não destoam da média nacional, segundo a qual na Região Nordeste 38,6% da população de 60 anos ou mais não sabia ler. E esse dado é marcante quando comparado à zona urbana em que a média de anos de estudo é de 9,8 contra 7,6 da zona rural (BRASIL, 2018).

Quanto ao quesito atividade econômica desenvolvida pelos usuários, os dados mostram o seguinte: 60% são agricultores, 10% professores, 10% doméstica, 10% motorista e 10% aposentado, o que observa-se no Gráfico 4.

Gráfico 4. Ocupação dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

Observando o Gráfico 4, verifica-se que a proporção de ocupação formal ou informal dos usuários da UBS pesquisada é de agricultores 55%, seguidos de estudantes 11%, motoristas e domésticas 10% cada uma. Na sequência estão os agricultores aposentados 7%, pedreiros 5% e autônomos 2%. Por estes dados observou-se que a maioria dos usuários se encontra no mercado de trabalho, sobretudo aqueles que realizam atividade de agricultura.

É importante a caracterização do usuário, não só para apresentar o perfil sócio demográfico, mas para saber quem é o usuário das UBS na zona rural. De igual modo, é fundamental saber quem é o ACS para análise dos resultados obtidos pela pesquisa, e assim analisar as políticas de territorialização da saúde no país e a acessibilidade dos agentes na prestação de serviço e dos usuários no atendimento.

5.2 Territorialidade da atuação dos agentes comunitários da saúde na zona rural do município de Massaranduba

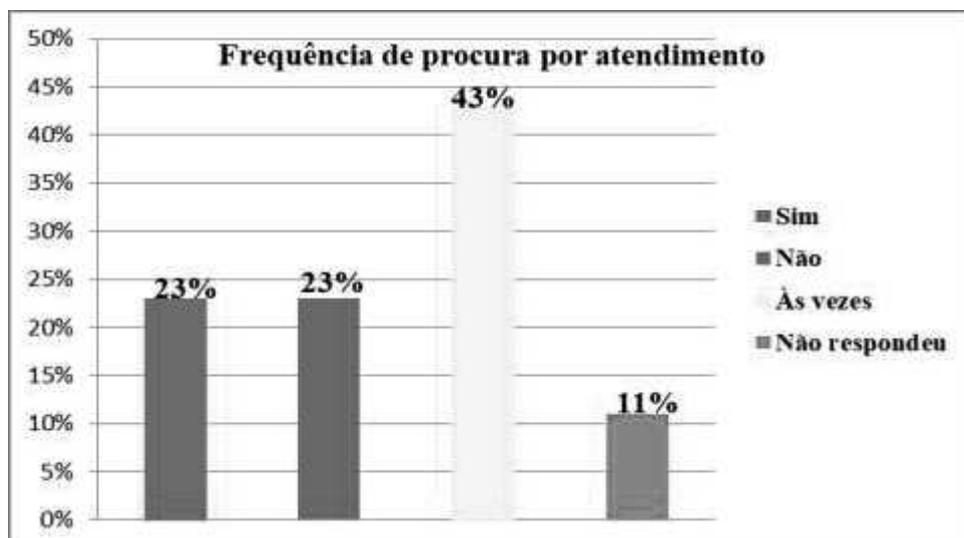
A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (UNGLERT, 1993; 1995). Em termos práticos, pode também ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços (FARIA, 2013).

Um dos fundamentos da Atenção Básica a Saúde é a territorialidade e com isso propiciar o atendimento dos usuários na localidade em que vivem. De igual modo, o trabalho do ACS deve se valer do conhecimento da área de atuação a fim de atender os benefícios esperado para ambos.

Nessa direção, o questionário aplicado com os usuários teve o propósito de apontar quais as principais barreiras geográficas e as dificuldades enfrentadas. De início, os usuários foram indagados sobre o turno de atendimento na UBS, verificou-se que o atendimento ocorre apenas no horário da manhã, conforme atestado pela totalidade dos usuários (100%).

Quando questionados se realizam a procura pelas unidades de saúde sempre que apresenta problema de saúde, 22% informaram que procuram sim, igualmente 22% disseram não procurar a UBS e, 43% disseram que às vezes procuram atendimento, conforme observa-se no Gráfico 5.

Gráfico 5. Frequência de procura por atendimento dos participantes da pesquisa.

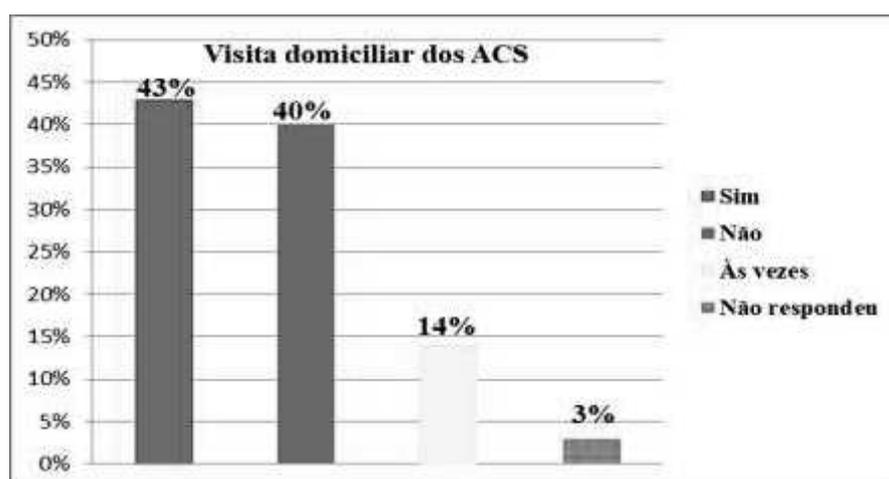


Fonte: Dados dos questionários/2018.

Observando os dados coletados sobre a procura pelo atendimento, verifica-se que a procura não é constante, pois a maioria dos respondentes informaram que só procura a unidade às vezes (43%) e 23% disseram não procurar. De modo que a baixa procura pode ser ocasionada pelo acesso da população a UBS, dentre outros motivos.

Nesse entendimento, é que a visita domiciliar dos agentes de saúde é uma das estratégias do Programa, prevista na Lei nº 11.350/2006 que estabelece para o ACS dentre as atividades: “V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família”. Sobre a visita domiciliar dos agentes aos moradores do Sítio Gravatá, 43% dos usuários informaram que recebem essa visita, 40% disseram que não recebe visitas, 14% só recebe visita às vezes e, 3% não responderam a questão, como mostra o Gráfico 6.

Gráfico 6. Visita domiciliar dos ACS aos usuários participantes da pesquisa.



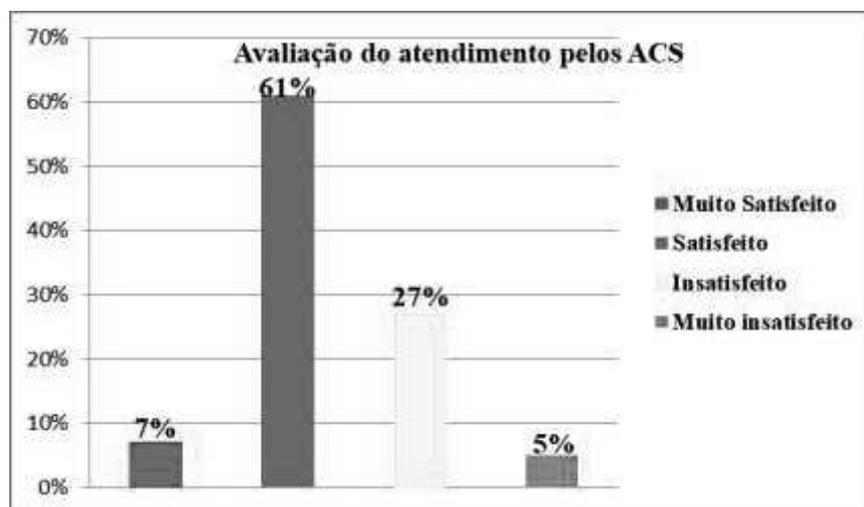
Fonte: Dados dos questionários/2018.

Sobre a visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde aos moradores cadastrados nas UBS, sabe-se que os agentes atuantes na zona rural são responsáveis por acompanhar em média 50 a 100 famílias, o que inclui também visitas domiciliares regulares às famílias (BRASIL, 2005). Contudo, a literatura revela que o acesso dos agentes as residências enfrenta barreiras, sobretudo, em períodos chuvosos e da grande distância entre as residências nas áreas rurais (ALMEIDA BAPTISTINI *et al*, 2014).

Retomando a questão do atendimento na UBS, os usuários foram indagados quanto à satisfação com o atendimento. Os dados mostraram que 61% dos que responderam a pesquisa consideram o atendimento satisfatório, o que em tese configura uma boa avaliação da atuação do Agente Comunitário de Saúde junto aos usuários da área de cobertura. Por outro lado, a

insatisfação no atendimento também foi apontada por 27% dos entrevistados, conforme apresenta o Gráfico 7.

Gráfico 7. Avaliação do atendimento pelos ACS.



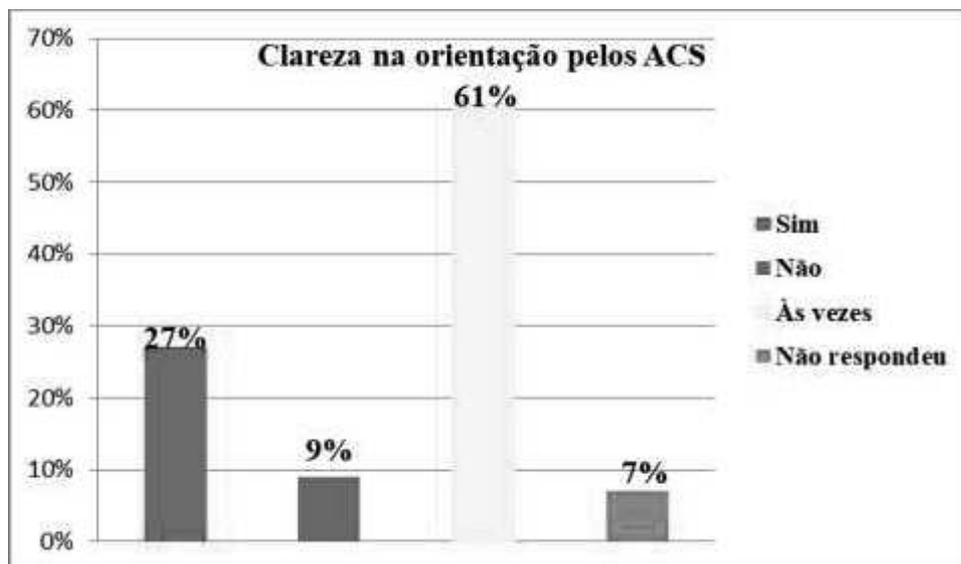
Fonte: Dados dos questionários/2018.

Os dados descritos no gráfico acima revelam avaliação positiva em relação ao trabalho do ACS (61%), embora 7% se mostraram muito satisfeito, 27% insatisfeito e 5% muito insatisfeito. Os estudos apontam que a proximidade do agente com a comunidade, residindo no mesmo local favorece a boa aceitação e relação entre usuário e o profissional (GONÇALVES, 2008).

Evidentemente, existem insatisfações no atendimento, seja na unidade de saúde ou na visita domiciliar. As maiores insatisfações estão relacionadas, sobretudo a dificuldade em marcar consulta na unidade e pela falta de medicamento. Mas, de modo geral, os estudos revelam que os agentes dentre os membros das equipes, são os melhores avaliados pela população atendida no programa.

Outra questão que se apresenta na atuação dos ACS diz respeito ao repasse das orientações e informações para a comunidade com clareza, ou seja, de acordo com a situação do nível de entendimento da pessoa que está recebendo a orientação. A esse respeito 61% dos usuários da UBS do Sítio Gravatá consideram que às vezes as orientações são repassadas com clareza e 27% informaram que sim. Para 9% as informações não são claras e 7% não respondeu a questão.

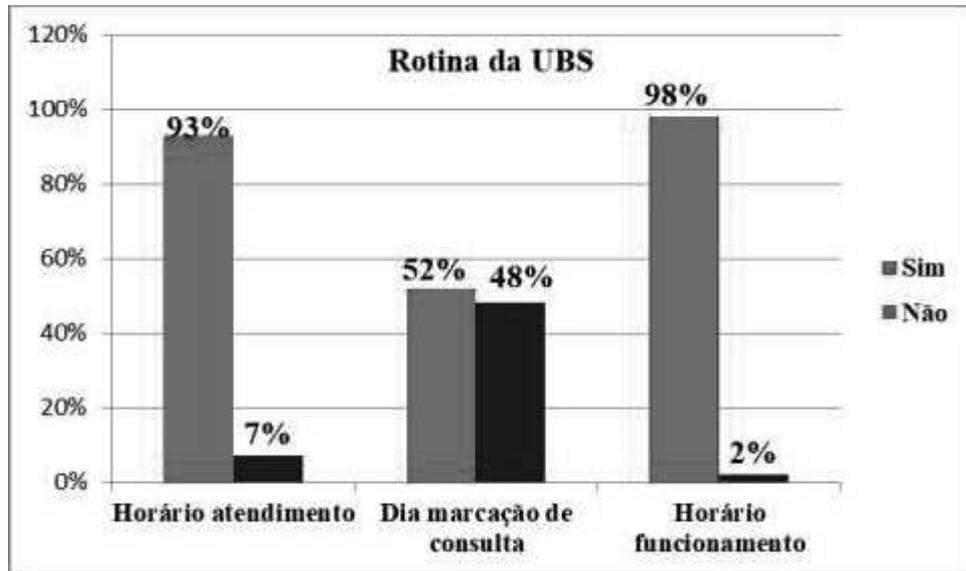
Gráfico 8. Clareza nas orientações pelos ACS.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

Em relação à clareza nas orientações e também quanto ao atendimento, o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013), instrui que os profissionais que atuam nas UBS devem ter capacidade de analisar as demandas, inclusive as espontâneas, e ter condições de diálogo e resolutividade das situações apresentadas. Acredita-se que essa facilidade do agente em repassar as orientações e ser compreendida pelos usuários seja em parte porque o ACS faça parte da comunidade em que trabalha, “conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico” (BAPTISTINI, FIGUEIREDO, 2014, p.54).

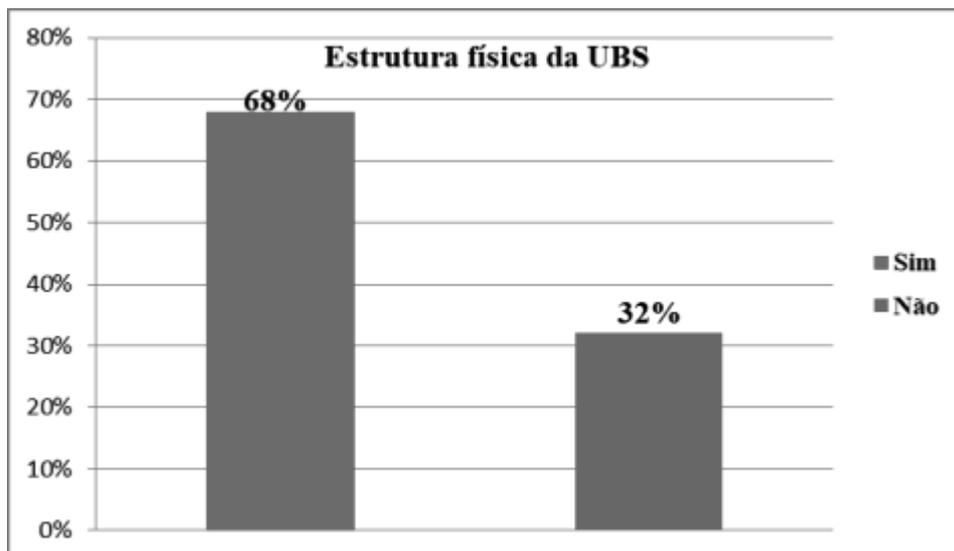
A pesquisa questionou os usuários da UBS do Sítio Gravatá sobre se foram informados previamente sobre a rotina da unidade quanto aos horários de atendimento e funcionamento e os dias de marcação de consulta. Os dados revelaram que 93% disseram que sim, enquanto 7% disseram que não em relação aos horários de atendimento. No que refere-se à marcação de consultas 52% diz ter sido informado e 48% diz que não. Quanto ao horário de funcionamento da UBS, que só funciona pela manhã, 98% disseram ter sido comunicados e apenas 2% informaram que não, conforme pode-se observar no gráfico 9.

Gráfico 9. Rotina na UBS.

Fonte: Dados dos questionários/2018.

Sobre as questões de atendimento, funcionamento e marcação de consultas nas unidades de saúde no Brasil, Cunha e Silva (2010), apontam que uma avaliação satisfatória pelos usuários.

A estrutura física da unidade para acolhimento e atendimento do paciente é um fator importante. Nesse entendimento, indagou-se os entrevistados sobre o grau de satisfação dos usuários com a infraestrutura da unidade. Os dados coletados estão compilados no Gráfico 10.

Gráfico 10. Estrutura física da UBS.

Fonte: Dados dos questionários/2018.

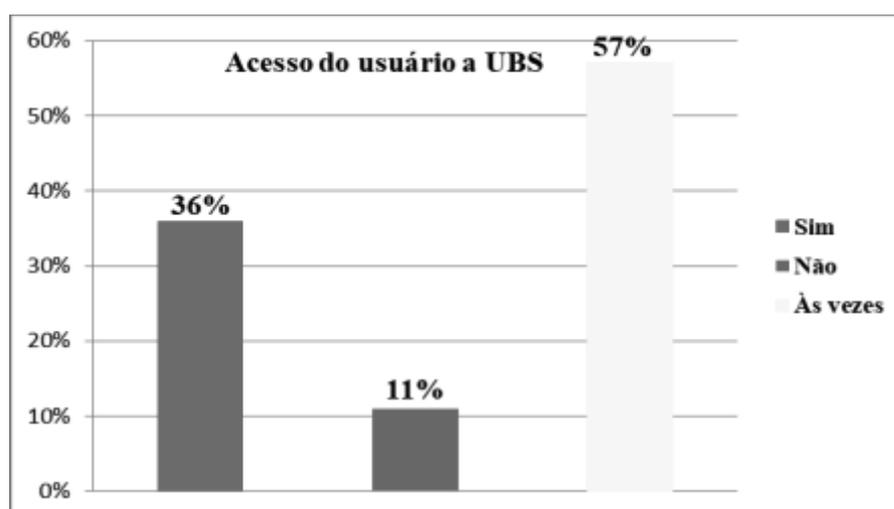
Observando o gráfico 10 verifica-se que para os entrevistados a estrutura física da unidade é considerada satisfatória para 68% e não é considerada adequada para 32%. Sobre a UBS do Sítio Gravatá, segundo informações disponíveis no portal infosaude² a situação em relação à estrutura física e ambiência, a acessibilidade para deficientes e idosos e aos equipamentos apresenta desempenho mediano ou um pouco abaixo da média.

Nessa perspectiva, segundo o Ministério da Saúde, no Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006), orienta que para o atendimento e o funcionamento as UBS devem ser dotadas de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

5.3 Principais obstáculos para atuação dos agentes comunitários da saúde zona rural do município de Massaranduba

Na zona rural, existem fatores geográficos e as barreiras naturais que interferem tanto no trabalho dos agentes de saúde como prejudica o acesso da população a unidade de saúde, comprometendo o deslocamento. Nessa perspectiva, 36% dos entrevistados informaram que carecem de transporte para ir a UBS, enquanto 57% disseram não precisar de transporte e, 11% informaram que às vezes dependem de transporte.

Gráfico 11. Acesso do usuário a UBS depende de transporte.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

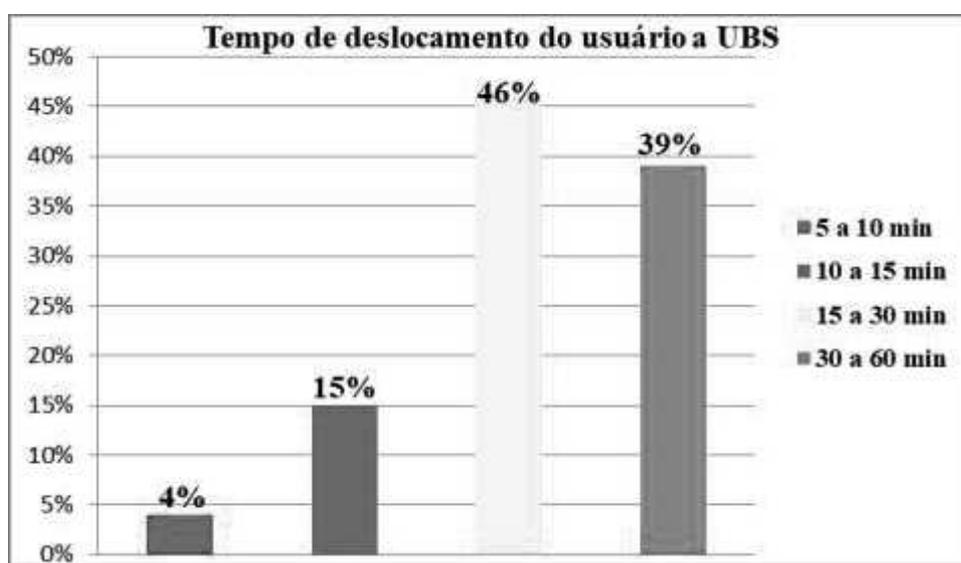
A necessidade de usar um transporte é apenas um dos obstáculos que interfere no atendimento dos usuários e na visita domiciliar de agentes. Para Santana *et al* (2013), nessa

² Disponível em: <https://www.infosaude.com.br/ubs/19238-usf-do-gravata>.

questão reside a importância do mapeamento no processo de territorialização, permitindo a tomada de decisão das ações de saúde de forma mais eficiente e mais próximo da comunidade rural.

As barreiras naturais também interferem no tempo de deslocamento do usuário e do agente de saúde. De acordo com 46% dos entrevistados o tempo gasto de sua residência até a UBS é de 15 a 30 minutos e para 39% é de 30 a 60 minutos; apenas 4% levam 5 a 10 minutos e 15% entre 10 e 15 minutos.

Gráfico 12. Tempo de deslocamento do usuário a UBS.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

Em relação ao tempo de deslocamento do usuário até a unidade de saúde, Vieira (2010, p.21), em estudo realizado sobre a acessibilidade da população rural ao atendimento em saúde, aponta para “a importância de se manterem as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso de efetividade dos cuidados prestados”. Nesse sentido, mesmo diante do tempo descrito pelos entrevistados parecer pequeno, os dados mostram o impacto da infraestrutura para a população rural e o desafio para superar as barreiras existentes como a declividade do terreno e falta de manutenção das estradas.

Embora este estudo não disponha da avaliação de um agente de saúde da unidade do Sítio Gravatá, a literatura destaca as dificuldades apontadas pelos agentes comunitários de saúde na realização do seu trabalho, tais como “o acesso às residências dos moradores, recusa da visita pelo morador, ausência de reconhecimento profissional, fragilidade no trabalho em equipe e falta de materiais” (NASCIMENTO, *et al*, 2017, p.60).

À distância, as condições de vias de acesso à unidade de saúde e a falta de meios de transporte foram descritas no questionário como dificuldades dos entrevistados para receber atendimento na UBS.

Gráfico 13. Dificuldade do usuário para ter atendimento na UBS.



Fonte: Dados dos questionários/2018.

A distância da residência foi descrita por 50% dos entrevistados como a maior dificuldade para chegar até a UBS, às condições de vias acesso são para 41% uma das barreiras e 9% consideram que a falta de meio de transporte é o maior obstáculo.

Nessa direção, Vieira (2010), salienta que nas áreas rurais os idosos são os mais prejudicados pelas barreiras geográficas. De igual modo, considera-se que o agente também é prejudicado por esses obstáculos naturais e isso interfere na visita domiciliar aquela parte da população que mais carece de cuidados, sobretudo, os idosos acima de 65 anos e os que apresentam limitação funcional.

O acesso depende, obviamente, da existência dos serviços nos territórios. Por isso, a territorialização do sistema único de saúde, deve ser utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de atenção primária à saúde nas diversas escalas e devem operar sobre uma base territorial muito bem definida e mais próximo possível das comunidades diminuindo as dificuldades de acesso.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que o estudo não tenha apresentado a opinião dos agentes de saúde quanto à acessibilidade para o atendimento da população rural em Massaranduba, a avaliação dos usuários entrevistados no Sítio Gravatá apontou as particularidades que a literatura vem apresentando ao longo dos anos sobre o trabalho do ACS e o atendimento no Programa Saúde da Família.

Embora haja limitações relacionadas à acessibilidade pode-se inferir que a territorialidade possibilitou para a população rural que questões pontuais das localidades rurais possam ser orientadas pelos ACS.

Para alguns usuários ainda existe dificuldade de acesso ao atendimento em decorrência da problemática da territorialidade, ou seja, sobre a questão do planejamento territorial dos serviços, que em alguns aspectos deve ser avaliado para zona rural de Massaranduba, realocando unidades já existentes ou abrindo novas para melhor atender aos usuários do sistema único de saúde.

No que tange a atenção primária à saúde, a proximidade desse profissional com a comunidade é fundamental para o planejamento das estratégias de saúde, porque engloba ações que afetam diretamente à melhoria das condições de vida da população.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how accessibility affects the performance of the family basic health program in the rural area of the municipality of Massaranduba, in the state of Paraíba, from the perspective of the users. In this direction, we seek to unfold this problem in the following specific objectives: Specialize the action of the Basic Health Units-UBS and the Community Health Agents-ACS; To point out the main geographical barriers related to the access of users and; To point out the difficulties faced by the users regarding the attendance in the units. Social and demographic information was collected from users of the Basic Health Unit located at the Gravatá site in the city and the interviewees' assessment of the accessibility of services offered and the performance of the Community Health Agent. Data were collected through an applied questionnaire with 50 UBS users. It is concluded that the implementation of the UBS in the municipality met the territorialisation model adopted by the Ministry of Health and that although 61% of respondents stated satisfied with the care and monitoring of the community agent, there are restrictions on geographic accessibility with a user taking up to 60 minutes to the UBS (39%). The data collected indicates that the distance between the residence is considered by 50% of the interviewed as the greatest difficulty and therefore 43% only seek unity sometimes. However, the home visit, clear agent guidelines were noted as satisfactory for 43% of the sample.

Keywords: Community Health Agent. Accessibility. User. Countryside. End of conversation on chatroom.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA BAPTISTINI, R; et al. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, vol. XVII, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 53-70. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade. Campinas, Brasil.

BINDA, J.; *et al.* O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.389-402, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: Um Pacto Tripartite.** Reimpressão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. 43p.

_____. **Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.** Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 V. : IL.

COUTINHO, L.O. Territorialização: reorganização das áreas de cobertura das equipes da unidade de saúde da família Maria da Conceição do Município de Contagem-Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, Contagem-Minas Gerais 2016.

CPRM - Serviço Geológico do Brasil. Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Massaranduba, estado da Paraíba. Organizado [por] João de Castro Mascarenhas, Breno Augusto Beltrão, Luiz Carlos de Souza Junior, Franklin de Moraes, Vanildo Almeida Mendes, Jorge Luiz Fortunato de Miranda. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005. 11 p.

CUNHA, A.B.O; SILVA, L.M.V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010.

FARIA, R.M. A Territorialização da Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia** 9 (16): 131 - 147, Jun/2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C.S. **Análise do nível de satisfação da comunidade com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no município de Venturosa-PE**. Recife: C. da S. Gonçalves, 2008. 36.: il. 8

GUIMARÃES, RB. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In: **Saúde: fundamentos de Geografia humana** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 79-97. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

IBGE. Massaranduba. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/massaranduba/panorama>. Acesso em: outubro/2018.

JUNQUEIRA, R.D. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Hygeia** 5(8):57 - 91, Jun/2009.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

LEMKE, R. A; SILVA, R. A. N. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**; 25(n. spe. 2), 9-20.2013.

NASCIMENTO, W.V; et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n.1, p. 60-69, jan./abr. 2017.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Geografia da Saúde e as concepções sobre o território. **Gestão & Regionalidade**, v. 23, n. 68, p. 34-44, 2007.

ROJAS, L. I. Geografía y salud: entre historias, realidades y utopias. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, n. 25, p. 9-28, 2003.

SANTANA, P.M.A, et al. A importância do mapeamento no processo de territorialização. **Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. 29 de maio a 02 de junho de 2013. Belém-Pará.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.

_____. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. São Paulo: Tese (Livre docência). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1995.

VIEIRA, E.W.R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha**, Minas Gerais [manuscrito]. Belo Horizonte: 2010. 123f.: il

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO APLICADO COM OS USUÁRIOS

Questionário sobre acesso as unidades de saúde e as dificuldades enfrentadas pelos usuários em relação ao atendimento nas unidades

1. Identificação:

1. Unidade de Saúde:
2. Localização:
3. Idade:
4. Escolaridade:
5. Sexo: () Masculino () Feminino
6. Ocupação do entrevistado:

2. Acesso e Atendimento

1. Quantos turnos de atendimento esta UBS oferece à população?

- (x) 1 () 2 () 3

2. O Senhor (a) procura a unidade sempre que apresenta problema de saúde?

- () Sim () Não () Às vezes

3. Os profissionais da unidade de saúde costumam visitá-lo em sua residência?

- () Sim () Não () Às vezes

4. Como o Senhor (a) avalia o atendimento nesta unidade de saúde?

- () Muito satisfeito
() Satisfeito
() Insatisfeito
() Muito insatisfeito

5. O Senhor (a) acha que a equipe de saúde deste posto é claro nas explicações que lhe dar?

- () Sim () Não () Às vezes

6. O Senhor(a) recebeu orientações da equipe do PSF sobre as Rotinas da Unidade de Saúde?

- a) Horários de atendimento () Sim () Não
b) Dia de marcação de consulta () Sim () Não
c) Horário de funcionamento da Unidade () Sim () Não

7. O Senhor(a) considera a estrutura física da Unidade adequada para o atendimento?

- () Sim () Não

8. Quando o Senhor(a) vai à unidade de saúde para consulta ou pegar medicamento, precisa utilizar algum tipo de transporte?

- () Sim () Não () Às vezes

9. Quanto tempo o Senhor (a) gasta para chegar à unidade de saúde?

5 a 10 minutos 10 a 15 minutos 15 a 30 minutos 30 a 60 minutos

10. Qual a principal dificuldade encontrada pelo(a) Senhor (a) em relação ao acesso à unidade de saúde?

Distancia Condições as vias de acesso Falta de meios de transporte