



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA**

**MAGALENE GOMES PIRES SLONGO
PATRÍCIA CAMPOGARA FONTANA**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO**

**PORTO NACIONAL - TO
2018**

**MAGALENE GOMES PIRES SLONGO
PATRÍCIA CAMPONOGARA FONTANA**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a aprovação na disciplina de trabalho de conclusão de curso (TCC I) e obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof.^a Tathiana Nascimento Marques

**PORTO NACIONAL-TO
2018**

**MAGALENE GOMES PIRES SLONGO
PATRÍCIA CAMPONOGARA FONTANA**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a aprovação na disciplina de trabalho de conclusão de curso (TCC I) e obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof.^a Tathiana Nascimento Marques

BANCA EXAMINADORA

APROVADO EM: / / :

Prof.^a Tathiana Nascimento Marques
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos LTDA - Porto

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos LTDA – Porto

**PORTO NACIONAL-TO
2018**

RESUMO

A condição da acessibilidade aos serviços básicos de atenção primária à saúde envolve um conjunto de variáveis, tais como: acessibilidade à rede pública de atenção básica à saúde, a capacidade de oferta do serviço, a receptividade do profissional de saúde para com o usuário, o intervalo de tempo entre o agendamento e a obtenção da ação de saúde requerida pelo usuário, a disponibilidade de horário do paciente para a busca de atendimento de prevenção, 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. A Estratégia da Saúde da Família é um modelo de reorientação do modelo assistencial que visa complementar todos os ciclos de vida do ser humano. A Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, desenvolvendo-se a partir da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área atendida. **Objetivo:** avaliar o processo de adesão da população ao atendimento noturno da Unidade de Saúde Básica Maria Lopes situada no município de Porto Nacional- TO no período de 2019/2, como um fator contribuinte para uma maior procura da população aos serviços de promoção/prevenção de saúde, bem como a acessibilidade aos serviços ofertados pela Unidade Básica. **Metodologia:** Será realizado um levantamento de informações por meio da aplicação de um questionário a população cadastrada na Unidade Básica de Saúde Maria Lopes no município de Porto Nacional/TO que procuram o atendimento noturno. **Resultados esperados:** espera-se que o presente estudo contribua com o sistema municipal de saúde para fins de planejamento e avaliação dos serviços públicos de atenção básica que visam à busca por demanda reprimida da população aos serviços de prevenção/promoção de saúde do município de Porto Nacional – TO.

Palavras-chave: Atendimento Noturno. Atenção Básica à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Acessibilidade à Saúde.

ABSTRAT

The condition of accessibility to basic primary health care services involves a set of variables, such as: accessibility to the public network of basic health care, the capacity to offer the service, the receptivity of the health professional towards the user, the the time interval between scheduling and obtaining the required health action by the user, the availability of the patient's time to seek preventive care, among others. As these variables present themselves and are related to each other, it deserves to be known, analyzed and made available to all those who are interested in the proper functioning of the health system. The Family Health Strategy is a model of reorientation of the care model that aims to complement all life cycles of the human being. The Family Health Strategy incorporated the basic principles of the SUS: universalization, decentralization, integrality and community participation, developed from the Family Health team (ESF) that works with definition of territory, membership of clients, registration and monitoring the population of the area covered. **Objective:** to evaluate the population adherence process to night care at the Maria Lopes Basic Health Unit located in the municipality of Porto Nacional-TO in the period of 2019/2, as a contributing factor to a greater population demand for health promotion / prevention services, as well as the accessibility to the services offered by the Basic Unit. **Methodology:** A survey of information will be carried out by means of the application of a questionnaire to the population enrolled in the Basic Health Unit Maria Lopes in the municipality of Porto Nacional - TO seeking night care. **Expected results:** it is expected that it will be contiguous with the municipal health system for the purpose of planning and evaluating the basic public health services that seek to repress the population's demand for health promotion services in the municipality of Porto Nacional – TO.

Keywords: Night Care. Basic Health Care.Family Health Strategy.Accessibility to Health.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Cronograma de execução do projeto de pesquisa: AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL/TO. 26
- Quadro 2: Orçamento relacionado ao projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL/TO. 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS- Ações Integradas em Saúde
APS- Atenção Primária a Saúde
CONASP-Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
ESF- Estratégia da Saúde da Família
FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos
ITPAC - Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB- Programa Nacional Atenção Básica
RAS- Rede de Atenção a Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO – Tocantins
UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA	8
1.2 HIPÓTESE	9
1.3 JUSTIFICATIVA	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DA ACESSIBILIDADE À SAÚDE NO BRASIL	12
3.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
4 METODOLOGIA	20
4.1 DESENHO DO ESTUDO	20
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	20
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4 CRITÉRIOS	20
4.4.1 Critérios de Inclusão	20
4.4.2 Critérios de Exclusão	21
4.5 VARIÁVEIS	21
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS, ESTRATÉGIA DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	22
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
6 ASPÉCTOS ÉTICOS	24
6.1 RISCOS	24
6.2 BENEFÍCIOS	24
7 DESFECHO	25
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO	25
7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO	25
8 CRONOGRAMA	26
9 ORÇAMENTO	27
REFERENCIAS	28
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE	30
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	31
APÊNDICE C: CARTA DE ANUÊNCIA	33
ANEXO A: CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	34
ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPOSNAVEL E DA INSTITUIÇÃO	35
ANEXO C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	36
ANEXO D: QUESTIONÁRIO AOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA LOPES	38
ANEXO E: QUESTIONÁRIO AOS FUNCIONARIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA LOPES	40

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei Orgânica da Saúde, ele determina que seja obrigatório o atendimento público gratuito a qualquer cidadão, não sendo permitidas arrecadações de qualquer espécie. A Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei nº8.080/1990) contém as diretrizes que determinam o funcionamento do SUS e contém indicações destinadas à União, aos Estados e Municípios de elaborarem suas próprias normas, buscando garantir o acesso a saúde a todo e qualquer cidadão. O SUS no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde a sua criação pela constituição de 1988, entre eles está a ampliação do número de equipes de Saúde da Família, com cobertura crescente da população brasileira e melhorias na assistência primária à saúde (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é estabelecida como a primeira familiaridade na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do seu próprio sistema, da atenção centrada na família, e da orientação e participação comunitária na saúde (BRASIL, 2009).

O principal objetivo do Programa Saúde da Família (PSF) é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, este, visa tanto prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados. O planejamento intervém sobre os motivos de risco aos quais a população está exposta e ainda estimula a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social para que possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

Diante desta realidade, este estudo tem como objetivo avaliar a adesão dos pacientes que procuram a Unidade Básica de Saúde Maria Lopes no período noturno com a finalidade de buscar recursos para melhorar sua saúde e participar dos programas e atividades oferecidas aos usuários cadastrados na Unidade.

PROBLEMA DA PESQUISA

O reconhecimento do impacto que a oferta de atendimento noturno na Unidade Básica de Saúde possibilita a população.

HIPÓTESE

O fato do horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde coincidir com o horário de trabalho da população dificulta o acompanhamento de saúde por parte de uma parcela significativa da população, resultando no abandono de tratamentos e no déficit de adesão aos programas de promoção/prevenção de saúde oferecidos pela unidade.

JUSTIFICATIVA

Diversos pacientes queixam-se de dificuldades no comparecimento as unidades básicas de saúde alegando conflito nos horários que em boa parte das vezes é o mesmo do trabalho. Entre estes, destacam-se os pacientes do sexo masculino que estão incluídos em um grupo de importante morbimortalidade por conta de vivenciarem dificuldade de acesso às unidades de saúde e alegam que isso ocorre pela dificuldade de ausentarem-se do trabalho, principalmente para participarem de ações preventivas. Relatam que comparecem ao serviço de saúde muito mais para ações curativas, frequentando na maioria das vezes as unidades de pronto atendimento onde a continuidade no cuidado não possui longitudinalidade. Outro grupo que merece destaque é o relativo às mulheres que desejam realizar os exames preventivos para detecção de neoplasias precoces do colo do útero. Por ser esta, uma ação de grande importância preventiva e por estas mulheres não serem dispensadas do seu trabalho para tal finalidade, entende-se que horários alternativos resolveriam tal situação. O cenário nacional atual mostra cobertura vacinal com inadequações e seguramente horários alternativos iriam melhorar a referida cobertura, tendo em vista que a criança precisa estar acompanhada para receber a vacina. Além disso, as crianças necessitam participar das ações preventivas da unidade de saúde e seus pais ou responsáveis necessitam disponibilidade de tempo para isso. Outro grupo importante a ser citado é o acompanhamento de gestantes que muitas vezes por falta de horário acaba não realizando o pré-natal adequadamente e com isso muitas vezes mascarando doenças evitáveis para o

bebê. A unidade aberta em horários alternativos certamente facilitará o acesso a todas as suas ações, justificando, portanto seu funcionamento no período noturno.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão da população ao atendimento noturno numa Unidade Básica de Saúde do município de Porto Nacional/TO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população que procura o atendimento noturno na UBS.
- Identificar as principais atividades que a população participa nos atendimentos da UBS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

CONTEXTUALIZAÇÕES DA ACESSIBILIDADE À SAÚDE 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, 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 (ESCOREL, 2009).

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 consequente regulamentação da profissão correspondente foram efetuadas 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 (JESUS, 2010).

Com o regime burocrático e 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. (ESCOREL, 2009).

Com a extensão da cobertura previdenciária para grande parte de trabalhadores urbanos e para parcela da população rural, ao mesmo tempo ampliou-se o acesso à assistência médica da população 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 à saúde (CORREA, 2008).

Desde a década de 80, o contexto da grave crise econômica e do processo de democratização do país, proporcionou a discussão dos problemas a enfrentar na atenção à saúde, produzindo-se importantes transformações neste cenário. Foi identificada 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 e a falta de integralidade na atenção à saúde (MENDES, 2011).

Este período foi marcado pelo movimento sanitário nacional, conhecido como Reforma Sanitária. Pressionados pela conjuntura política, os governos federal e estadual intervieram para reorganizar a oferta de serviços públicos. O Estado “assumiu” como seu dever em relação à saúde a necessidade de ampliação do acesso à atenção a saúde, provendo um maior número de pessoas e um leque mais diversificado de ações e serviços (JESUS, 2010).

Um dos primeiros princípios ditados para a ampliação da admissão 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. 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 (CUNHA, 2010).

É inegável a exagerada transformação 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 (JESUS, 2010).

O governo federal, objetivando reorganizar a assistência médica no país, implantou em 1981, as Ações Integradas em Saúde (AIS), foi à primeira tentativa de estabelecer um atendimento integrado entre as diferentes esferas públicas (municipal, estadual, federal e as universidades). 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. 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 primários e de urgência (BRASIL, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em março de 1986 aprovou os objetivos propostos pelas AIS, apontando para um objetivo maior, 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 município na gestão em saúde. Neste contexto histórico/político, em 1988, o Congresso Constituinte aprova a Constituição Federal, reconhecendo a saúde como um direito social, caracterizando-a como política de “relevância pública” (BRASIL, 2009).

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 assistenciais. 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. 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 Saúde. Em março de 1990, o INAMPS é vinculado ao Ministério da Saúde e na sua reestruturação, é “instalado” o Departamento do SUS, subordinado a uma Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2009).

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 municípios (SCOREL, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 de 1990, respaldada na Constituição Federal, torna obrigatória a criação de um Sistema Único de Saúde. 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 Federal (JESUS, 2010).

Dentro dos preceitos do SUS, as Unidades Básicas de Saúde, distribuídas geograficamente no município tem um papel fundamental para a assistência primária em saúde, sendo considerada a “porta de entrada” da assistência, facilitando o atendimento de moradores de uma determinada área da cidade, ou seja, 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 (CUNHA, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde 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 de maior complexidade, de caráter regional, estadual ou nacional (MENDES, 2011).

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 (JESUS, 2010).

Com tudo, o critério geográfico de proximidade da moradia dos usuários 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” 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, dificultam a relação acesso/utilização da assistência primária a saúde (CUNHA, 2010).

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, escassez de atendimentos, dificuldades de agendamentos, demora de realização e resultados de exames etc.) que expulsa do sistema diversos segmentos sociais (TRAVESSOS, 2004).

Essas dificuldades podem estar associadas tanto às características do atendimento quanto às barreiras organizacionais e geográficas, o que contribui, na maioria das vezes, para a procura pelos cidadãos por planos privados de saúde ou abandono de seus tratamentos. Todavia a acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil tem sido relatado como um dos principais problemas relacionados à assistência (CUNHA, 2010).

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde (SOUZA, 2008).

A reorganização dos serviços básicos de saúde se inscreveu no projeto de Reforma Sanitária Brasileira desde a década de 1970, quando, no processo de democratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (CUNHA, 2010).

O conteúdo constitucional do SUS está descrito em duas leis orgânicas, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que descreve sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS, o conselho e a conferência de saúde, e transferências intergovernamentais de recursos (BRASIL, 2009).

Buscando estabelecer uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

De acordo com a PNAB a Atenção Básica tem como princípios e diretrizes: ter território adscrito sobre o mesmo em consonância com o princípio da equidade; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (JESUS, 2010).

Conforme normatização vigente do SUS esta portaria define a organização de Redes de Atenção a Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Dentre os atributos básicos da RAS destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema e constituída de equipe multidisciplinar atendendo as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

Para contribuir com o funcionamento das RAS a AB deve cumprir algumas funções: ser base, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares,

bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população (CUNHA, 2010).

São características do processo de trabalho das equipes de atenção básica: definição do território de atuação das UBS e das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade; prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizar atenção à saúde na UBS, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população; a constituição de vínculos solidários; a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras; participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, dificuldades e possibilidades analisadas; desenvolvimento de uma atenção integral; e realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção (MENDES, 2011).

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo assistencial e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde (CORREA, 2008).

Assim, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorientação do modelo assistencial que visa complementar todos os ciclos de vida do ser humano e tem um caráter de integralidade. “Isto significa que o atendimento prestado pelos profissionais da ESF deve abranger não só o aspecto biológico do

ser humano, mas também o psicossocial, realizando assistência centrada na pessoa ao invés da sua doença” (AZEVEDO, 2010).

Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (MEDEIROS, 2010).

A Estratégia da Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional com a finalidade de apoiar uma prática com ações integradas na atenção básica vinculada a comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta (AZEVEDO, 2010).

A Estratégia da Saúde da Família é considerada como o principal acesso ao primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (SOUZA, 2008).

Recomenda-se que cada equipe de saúde da família assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes e que cada ACS da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à UBS, responsabilizando-se por uma microárea onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2010).

No desenvolvimento de suas atividades, a ESF, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica (SOUZA, 2008).

4 METODOLOGIA

DESENHO DE ESTUDO

A pesquisa em questão será de caráter transversal-descritivo-prospectivo, com base na coleta de dados registrados no prontuário de pacientes da Unidade Básica de Saúde Maria Lopes e por meio de levantamento de informações adquiridas pela aplicação de questionários.

Pereira (2007) define estudo transversal como uma forma de pesquisa populacional, que retrata as determinações de fatores de riscos a que uma população está exposta, quando as informações são inexistentes.

A abordagem descritiva é aquela que visa observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem, no entanto, analisar o mérito de seu conteúdo.

LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde Maria Lopes na cidade de Porto Nacional - TO entre os meses de março de 2019 a novembro de 2019.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população a ser pesquisada abrange homens e mulheres cadastrados na Unidade Básica de saúde Maria Lopes que participam do atendimento noturno.

CRITÉRIOS

Critérios de Inclusão

- Pacientes cadastrados nos Programas de Saúde da Unidade Básica de Saúde Maria Lopes que procuram atendimento noturno;
- Funcionários que trabalham no período noturno.

Critérios de Exclusão

- Funcionários que não trabalham no período noturno;
- Menores de 18 anos desacompanhados por responsável;
- Pacientes que procuram atendimento noturno e que não estejam inseridos na área de abrangência da UBS.

VARIÁVEIS

As variáveis serão identificadas com base no preenchimento dos formulários de entrevista. Logo as mesmas serão:

- **QUESTIONÁRIO AOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA LOPES:** Sexo, faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal, você sabe qual é o horário de funcionamento da UBS, quais serviços você costuma usar na UBS Maria Lopes, em sua opinião, o novo horário de funcionamento da UBS facilitou sua adesão aos programas e atividades desenvolvidos nesta unidade, algo dificulta sua vinda noturna a UBS, se sim, qual motivo, qual é a sua opinião a respeito do atendimento noturno da UBS, além desta UBS, você costuma usar outro serviço de saúde, se sim, quais.

- **QUESTIONÁRIO AOS FUNCIONARIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA LOPES:** Sexo, em sua opinião o funcionamento da UBS noturna é positivo, na sua opinião o funcionamento noturno aumentou a procura pelo serviço da UBS, na sua opinião, o número de funcionários alocados nesta UBS é suficiente para o atendimento da população que procura pelo serviço oferecido, na sua opinião, quais são os principais problemas existentes nesta UBS, como você avalia o relacionamento dos profissionais com os usuários desta UBS, qual sua opinião em trabalhar no período noturno.

INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS.

A pesquisa será desenvolvida por meio da coleta direta de dados dos prontuários dos pacientes e através do instrumento de avaliação na forma de questionário contendo dados como residência, atividade laboral, informações relacionadas á doenças, serviços utilizados pelos usuários e a adesão aos programas de saúde ofertados pela UBS, bem como avaliação do horário de funcionamento da Unidade básica de Saúde.

A análise quantitativa dos dados obtidos na pesquisa será feita pelos pesquisadores. As variáveis obtidas serão agrupadas e correlacionadas com a amostra. Logo, será construída uma planilha com o auxílio do *software Excel*, contendo as informações relacionadas aos dados colhidos no prontuário e baseados no questionário aplicado.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa será realizada com acesso direto aos prontuários dos pacientes e por dados obtidos através de um questionário impresso que serão aplicados aos pacientes cadastrados na área de abrangência da UBS Maria Lopes, que aceitem participar da mesma com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o levantamento e análise de dados, serão tabuladas as informações utilizando-se tabelas e gráficos, se pertinentes, e a exposição dos resultados através da confecção de artigo científico.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa estará de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Esta resolução aborda tantos os direitos e deveres do pesquisador, quanto ao sigilo dos dados colhidos do indivíduo que foi submetido à pesquisa, no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa público.

RISCOS

A pesquisa trará riscos mínimos, sendo esses pertinentes à quebra não intencional do sigilo sobre as informações dos participantes envolvidos no estudo. No entanto, as medidas que garantam o sigilo dos participantes serão tomadas pelas pesquisadoras.

BENEFÍCIOS

Os indivíduos que contribuirão para a realização deste projeto não receberão nenhum benefício financeiro, apenas irão cooperar para divulgação de dados que são fundamentais para a sociedade científica e de gestores de saúde do município de Porto Nacional/TO.

7 DESFECHO

DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se que com esse projeto o número de atendimentos da Unidade Básica de Saúde Maria Lopes aumente significativamente a adesão da população aos programas de saúde oferecidos pela mesma, e principalmente que consiga alcançar uma população que está sem acesso aos serviços de saúde ou com acesso deficiente.

DESFECHO SECUNDÁRIO

Acredita-se que com o conhecimento dos princípios Básicos da Atenção em Saúde, a pesquisa irá contribuir para caracterização dos usuários da saúde pública, onde a grande maioria dos problemas de saúde seja resolvida na atenção primária, e que possa desafogar os serviços de urgência e emergência trabalhando principalmente a questão da promoção e prevenção de saúde, com isso, proporcionando uma melhor qualidade de vida à população. Assim, podendo estender o projeto de atendimento noturno a outras Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a disponibilidade e o interesse de cada equipe assim como dos gestores.

8 CRONOGRAMA

Etapas	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abril/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	
Escolha do tema do projeto de pesquisa	X																		
Revisar e analisar Referência Bibliográfica	X	X																	
Desenvolvimento do projeto de pesquisa	X	X																	
Contato com orientador		X	X	X	X														
Apresentação do projeto de pesquisa						X													
Correções exigidas pela banca examinadora						X													
Submeter ao CEP do ITPAC Porto						X													
Férias							X	X											
Selecionar dados para definir o universo e teórico de amostra									X	X	X								
Realizar entrevistas/consultas												X	X	X	X				
Analisar e interpretar dados																X			
Elaborar redigir trabalho de pesquisa																X	X		
Normalizar/ digitar trabalho																	X		
Apresentar artigo ao ITPAC Porto																			X

Quadro 1: Cronograma e planejamento de execução do projeto de pesquisa: Avaliação da adesão da população ao atendimento noturno em uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Nacional/TO.

9 ORÇAMENTO

CATEGORIA: Gastos com Recursos Materiais			
ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL R\$
Resma de folha A4	1	22,00	22,00
Pasta de portfólio	1	12,50	12,50
Cartucho para impressora preto	1	68,72	68,72
Cartucho para impressora colorido	1	110,00	110,00
Encadernação	3	2,50	7,50
SUBTOTAL			220,72

CATEGORIA: Gastos com Recursos Humanos			
ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL R\$
Combustível	25 litros	4,70	117,50
Alimentação	12	10,00	120,00
SUBTOTAL			237,50

FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA	
CATEGORIAS	VALOR TOTAL (R\$)
Gastos com Recursos Materiais	220,72
Gastos com Recursos Humanos	237,50
TOTAL GERAL DO INVESTIMENTO	457,50

Quadro 2: Orçamento relacionado ao projeto de pesquisa “Avaliação da adesão da população ao atendimento noturno em uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Nacional/TO.

As despesas para realização do projeto de pesquisa serão custeadas pelas acadêmicas de graduação do curso de medicina: Magalene Gomes Pires Slongo e Patrícia Camponogara Fontanado Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional – TO.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E.S. Contribuição à implantação do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface Comum. Saúde Educ.2010;14(35):797-810.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011.
- CORREA, C.R.S. 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, 2008.
- CUNHA, A.B.O; SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia. Cad. Saúde Publica2010;26(4):725-737.
- ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- JESUS, W.L.A; ASSIS, M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde:contribuições do planejamento. Ciências da Saúde Coletiva. 2010 Jan; 15(1):161-70.
- MEDEIROS F.A; ARAÚJO G.C.; BARBOSA, A.A.A.; COSTA,I .C. Acolhimento em uma unidade básica de saúde : a satisfação do usuário em foco.Rev. Saúde publ.2010; 12(3): 581-589.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.
- PEREIRA M.J; SIMÕES, M.G; FONTELLES, R.G.S. Scientificof a researchprotocol. Revista Paraense de medicina, 23(3), 2009.

SOUZA,E.C.F; VILAR, R.L.A; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad.Saúde Publica 2008;24(Supl. 1):100-110.

TRAVESSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Publica 2004;20(Supl. 2):190-198.

APÊNDICE A



FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA.
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês Centro Porto Nacional-TO CEP 77.500-000
CX Postal 124 Fone: (63) 3363 - 9600 CNPJ 10.261. 569/0001-64
www.itpacporto.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

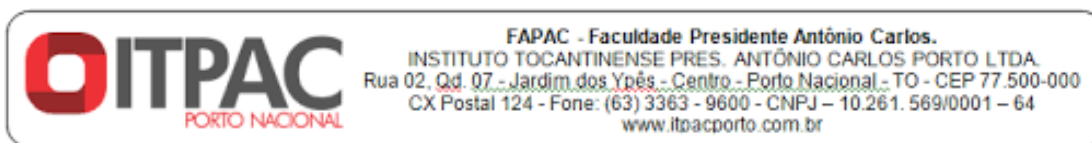
Eu,.....,RG....., concordo com a participação neste projeto e declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o precisar. Os profissionais organizadores desta pesquisa certificam-me que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais. Também sei que se caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a professora Dr^a Tathiana N. Marques ou os acadêmicos participantes, junto aos telefones (63) 99212-5366 Magalene Pires e (63) 99986-3245 Patrícia C. Fontana. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que será pesquisado, concordo em participar de pesquisa e assinar o TCLE em dias vias sendo que uma ficará com o participante e outra com os pesquisadores.

Porto Nacional-TO, _____ de _____ de 201 .

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TCLE/ nº _____

O (a) Sr. Ou Sr^a. Está sendo convidado (a) participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO” que será realizada pelas acadêmicas do curso de medicina, Magalene Gomes Pires Slongo e Patricia C. Fontana, sob coordenação da professora Dr^aThatiana N. Marques. Essa pesquisa tem como objeto de estudo: Avaliar a adesão da população ao atendimento noturno numa Unidade Básica de Saúde do município de Porto Nacional/TO e objetivos específicos: Caracterizar a população que procura o atendimento noturno na UBS; Identificar as principais atividades que a população participa nos atendimentos da UBS; Avaliar a adesão da população que não estava sendo acompanhada na UBS. Será realizada uma coleta de dados por meio de questionários autoaplicável. Procederá a partir da aplicação de dois questionários, sendo o primeiro direcionado a população e o segundo aos funcionários da Unidade Básica de Saúde. DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Os participantes serão submetidos à pesquisa de estudo, a qual será realizada apenas a aplicação de questionários, mantendo em sigilo a identidade dos voluntários, sendo assim considerados mínimos os riscos em potenciais e imediatos. O questionário será aplicado de forma individual e os dados serão tratados de forma coletiva, sendo mantido o direito à confidencialidade de suas respostas, não será publicado qualquer dado que possa levar à identificação do questionado. Já em relação aos benefícios, será possível reconhecer e avaliar adesão da população ao atendimento noturno da Unidade Básica de Saúde. A pesquisa irá atender a resolução 466/12 e tratar os participantes em sua dignidade, respeitando-os seus valores, a sua autonomia, buscando ponderar riscos comprometendo-os com o máximo de benefícios. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E

GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação, não será liberado sem a sua permissão. O seu nome não será divulgado em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo, mesmo tendo aceitado em participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento. Uma cópia deste termo de consentimento será arquivada com os pesquisadores e outra será fornecida aos participantes. CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A sua participação nesse estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. Caso haja qualquer dano, os pesquisadores serão responsáveis.

Eu _____ declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO.

Porto Nacional, _____ de _____ de 20____.

Assinatura dos Pesquisadores

APÊNDICE C



FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA.
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês Centro Porto Nacional-TO CEP 77.500-000
CX Postal 124 Fone: (63) 3363 - 9600 CNPJ 10.261. 569/0001-64
www.itpacporto.com.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que temos conhecimento, estamos de acordo e autorizamos a execução do projeto de pesquisa que tem como tema: **AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO**, a ser realizado no município de Porto Nacional - TO, sob orientação da professora Dra. Dr^aThatiana N. Marques.

Porto Nacional, ___/___/___

Secretário Municipal de Saúde – Porto Nacional

ANEXO A



CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Eu, _____, CPF: _____, aluno regularmente matriculado no Curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA, sob orientação Da Tathiana Nascimento Marques, encaminho o projeto intitulado : “AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO”, para apreciação neste Comitê de Ética em Pesquisa indicado pela Plataforma Brasil.

Acadêmicos

Porto Nacional/TO

2018

ANEXO B



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPOSNAVEL E DA INSTITUIÇÃO

Declaro para os devidos fins que o desenvolvimento do projeto de pesquisa **“AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL-TO”**, seguirá os preceitos éticos disciplinados pela Resolução N 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisador Responsável

ANEXO C



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Declaro, por meio deste termo, que concordei que a unidade que sou Coordenadora participe na pesquisa de campo referente ao estudo intitulado **“AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO”**, desenvolvido pelo programa de iniciação científica do instituto tocantinense presidente Antônio Carlos porto Ltda.

Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada pela Dra. Dr^a Tathiana N. Marques, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (63) 981351785 ou e-mail tathin.m@hotmail.com.

Afirmo que autorizarei o acesso às dependências da unidade e aos médicos, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, será realizado no período de 2018/2 a 2019/2, **“AVALIAÇÃO DA ADESÃO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO NOTURNO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL- TO”**.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma a autorizar as entrevistas para coleta de informações via aplicação do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). As informações serão sigilosas para manter a privacidade dos indivíduos nas bases de dados.

O pesquisador principal do estudo me ofereceu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão

Nacional de Ética em pesquisa (CONEP). Minha colaboração voluntária neste trabalho será de grande valia para concluí-lo.

O mesmo não oferecerá nenhum desconforto ou risco. Além disso, a desistência dos médicos poderá ser feita a qualquer momento, e não implicará em nenhum prejuízo da sua relação com o pesquisador ou instituição.

Fui ainda informada de que posso deixar de autorizar este estudo a qualquer momento, sem prejuízo para a minha pessoa, pois não irei sofrer nenhum tipo de sanção ou constrangimento.

Assinatura da Coordenadora da UBS

Pesquisadora Responsável

ANEXO D



QUESTIONÁRIO AOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA LOPES

Questionário Nº

Data ___/___/_____

Sexo: () F () M

1. Faixa etária

- Entre 18 e 23 anos
- Entre 24 e 30 anos
- Entre 31 e 40 anos
- Entre 41 e 50 anos
- Acima de 51 anos

2. Qual o seu grau de escolaridade?

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

3. Renda mensal

- Nenhuma renda
- Aposentadoria
- Beneficiário do Governo

Até um salário mínimo

De 1 até 3 salários mínimos

Acima de 3 salários mínimos

4. Você sabe qual é o horário de funcionamento da UBS?

Sim Não

5. Quais serviços você costuma usar na UBS Maria Lopes?

Consultas Médicas Palestras

Odontologia Outros: _____

6. Em sua opinião, o novo horário de funcionamento da UBS facilitou sua adesão aos programas e atividades desenvolvidos nesta unidade?

Sim Não

7. Algo dificulta sua vinda noturna a UBS?

Sim Não

8. Se sim, qual motivo?

Distância Transporte

Horário Segurança

9. Qual é a sua opinião a respeito do atendimento noturno da UBS?

Ruim Bom Muito bom ótimo

Indiferente

10. Além desta UBS, você costuma usar outro serviço de saúde?

Sim Não

Se sim, quais:

Outra UBS UPA Hospital Regional de Porto Nacional

ANEXO E



QUESTIONÁRIO AOS FUNCIONARIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA LOPES

Questionário Nº

Data ___/___/___

Sexo: () F () M

1. Na sua opinião o funcionamento da UBS noturna é positivo?

SIM () NÃO ()

2. Na sua opinião o funcionamento noturno aumentou a procura pelo serviço da UBS?

() Sim () Não

3. Na sua opinião, o número de funcionários alocados nesta UBS é suficiente para o atendimento da população que procura pelo serviço oferecido?

SIM () NÃO ()

4. Na sua opinião, quais são os principais problemas existentes nesta UBS?

() Estrutura física () Numero de Funcionários
() Matérias () Outros _____

5. Como você avalia o relacionamento dos profissionais com os usuários desta UBS?

() Bom () Ruim () Muito ruim
() Indiferente

6. Qual sua opinião em trabalhar no período notutno?

() Bom () Ruim () Muito ruim () Indiferente