

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

**PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCIELI MARAGNO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE REALIZADA COM
USUÁRIOS DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO
DE CRICIÚMA - SC: INSTRUMENTO PMAQ**

CRICIÚMA

FRANCIELI MARAGNO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE REALIZADA COM
USUÁRIOS DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO
DE CRICIÚMA - SC: INSTRUMENTO PMAQ**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.

Orientadora (Tutora): Msc. Ioná Vieira Bez Birolo.

CRICIÚMA

2013

FRANCIELI MARAGNO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE REALIZADA COM
USUÁRIOS DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
– SC: INSTRUMENTO PMAQ**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Família, Saúde e Desenvolvimento.

Criciúma, 20 de Março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Ioná Vieira Bez Birolo - MSc - UNESC (Orientadora)

Francielle Lazzarin de Freitas Gava - Esp - Secretaria Municipal do Sistema de Saúde de Criciúma (Avaliadora)

Mariana Piazza - Esp - Secretaria Municipal do Sistema de Saúde de Criciúma (Avaliadora)

José Otávio Feltrin - MSc – UNESC (Avaliador)

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, fonte da minha força, fé, paciência e esperança. Meu amparo, meu repouso, minha fortaleza, meu tudo!

Á minha mãe Maria do Carmo (Carmem), que me proporcionou a vida e que ao longo desta, foi fonte de muita alegria, humildade, carinho, sabedoria, dedicação, humanidade e amor. E que, enquanto estivemos juntas, ensinou-me incansavelmente a respeitar as pessoas em suas individualidades e a seguir meu coração. Amor eterno. Saudades!

Ao meu querido pai Jorge, pelos ensinamentos, generosidade e paciência. Pai, quero lhe retribuir com muito amor, cuidado e carinho. Muito obrigada.

Ao meu noivo, amigo, companheiro e amor, Gustavo, pelo apoio, carinho, dedicação, cumplicidade e compreensão. Obrigada por fazer parte da minha vida. Você está presente em todos os meus planos presentes e futuros. Não consigo imaginar a vida sem tê-lo ao meu lado.

À minha subrinha Kim; uma garota excepcional, exemplo de força e superação. Tenho muito orgulho e carinho por você.

Amo vocês hoje, amanhã e sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, guia incondicional que me deu força, motivação, paciência e perseverança para que eu enfrentasse todos os obstáculos nesta caminhada.

Agradeço de forma grandiosa, a minha mãe, que por mais que agradeça, nenhuma palavra será suficiente para traduzir o que sinto, por isso, aproveito-me de frases de um poeta desconhecido, que traduzem um pouco do que aprendi, este diz assim: “Quando triste, com você aprendi a sorrir; quando só, com você aprendi a rezar; quando na dúvida, com você aprendi a buscar a certeza; quando na dor, com você aprendi a ser forte e prosseguir; quando magoada, com você aprendi a perdoar; e quando alegre, com você aprendi a compartilhar”. Pelo que sou hoje, pelo caminho que segui, agradeço a você mãe, que me inspirou a cada instante.

Agradeço de forma não menos importante, ao meu pai, o qual me deu apoio nos momentos difíceis. O texto de Silvia Schmidt me lembra você: “Pai de verdade não é aquele que providencia as melhores escolas, mas o que ensina o quanto é necessário ao conhecimento. Ele não orienta com base nas próprias experiências, mas demonstra que em cada experiência existe uma lição a ser aprendida. Não sonha com determinada profissão para o filho, mas deseja grande e verdadeiro sucesso com sua real vocação. Pai de verdade mesmo não diz " Faça isto " ou " faça aquilo " , mas sim " tente fazer o melhor de acordo com o que você já sabe". Ele não acusa de erros e nem sempre aplaude os acertos, mas pergunta se houve percepção dos caminhos que levaram o filho a esses fins. Pai de verdade mesmo é o amigo sempre presente, atento e amoroso”. Pai, meu eterno obrigada!

Minha gratidão ao meu noivo Gustavo, uma pessoa especial com alma de um gigante, coragem de um guerreiro e coração de uma criança. Obrigada por ter ficado ao meu lado, mesmo que de longe, até a conclusão de mais essa etapa. Não há palavras suficientes para expressar e retribuir o amor, carinho, amizade, compreensão e auxílio dado por você a mim nos momentos mais difíceis da minha vida.

Agradeço aos meus amigos e colegas de Residência: Deise, Felipe, Gustavo, Larissa, Luiz Gustavo, Priscila, Sabrina e em especial, à Patrícia, pelo companheirismo, amizade, apoio, afeto e entretenimento durante esses dois anos. A

vocês, minha gratidão, pois “ser amigo não é coisa de um dia, são atos, palavras e atitudes que se solidificam no tempo e não se apagam mais; que ficam para sempre como tudo que é feito com o coração aberto” (autor desconhecido).

Minha gratidão à professora Ioná, pela orientação, disponibilidade oportunidade, e, sobretudo pelos ensinamentos. Muito obrigada!

Aproveito para agradecer também, aos professores que participaram do Programa de Residência Multiprofissional. Vocês me lembram da seguinte frase: “Ensinar é compartilhar de sua própria existência, é acreditar que se pode contribuir para a formação de um caráter. Ser professor não é apenas lecionar. É ser humano, amigo, guia e companheiro. É ser exemplo de dedicação, doação, dignidade e amor”. Muito obrigada a todos!

Meus sinceros agradecimentos as residentes da terceira turma, ou seja, R3: Cris, Karina e Tamy, as quais me auxiliaram na coleta dos dados para efetuar o presente trabalho. Obrigada de coração, pelo auxílio e apoio.

Agradeço ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde de Família pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal, além da possibilidade de conhecer e trabalhar com pessoas incríveis e “multiprofissionais” maravilhosos. Muito obrigada!

Minha gratidão à prefeitura Municipal de Criciúma, aos funcionários da Secretaria do Sistema de Saúde de Criciúma, NASF, Equipe de Saúde Mental, Vigilâncias, Enfermeiras e demais profissionais das equipes de saúde das ESF's onde realizei o presente estudo. Obrigada pela oportunidade, carinho, confiança, compreensão e disponibilidade de todos.

De forma não menos importante, agradeço a equipe da ESF Cidade Mineira Velha e aos pacientes que, durante a residência, disponibilizaram a mim e à Patrícia, carinho, paciência, confiança e respeito.

E finalmente, agradeço a vida, a qual me proporcionou encontros e desencontros, ganhos e perdas, ao todo, fontes de lição, aprendizado e oportunidade para que eu me tornasse uma pessoa melhor.

Apreendi muito com todos;

Muito obrigada!

“Se amanhã o que eu sonhei não for bem aquilo, eu tiro um arco-íris da cartola, refaço, corto, pinto e bordo. Porque a força de dentro é maior. Maior que todo mal que existe no mundo. Maior que todos os ventos contrários. É maior porque é do bem. E nisso sim, eu acredito até o fim”.

Caio Fernando Abreu

RESUMO

Trata-se de um projeto de pesquisa cujo tema é Avaliação da Atenção Primária em Saúde realizada com usuários de Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma – SC: Instrumento PMAQ. Este por sua vez, tem como objetivo principal, realizar avaliação da Atenção Primária em Saúde com usuários de Estratégia Saúde da Família de Criciúma-SC e como objetivos específicos: Conhecer a realidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde; Identificar o acolhimento e demanda espontânea nas unidades de saúde; Verificar a presença da Atenção Integral à Saúde; Identificar a presença do Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado; Verificar a Satisfação do Usuário e Identificar os Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários. A abordagem utilizada neste estudo foi quantitativa, do tipo transversal, exploratória, descritiva e de campo. O local de realização do estudo foram 15 unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família e a amostra foi composta por 180 usuários. Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ, preconizado pelo Ministério da Saúde. A análise de dados foi realizada através da execução de planilhas e gráficos, utilizando-se para isso, o programa Microsoft Excel 2010. Os aspectos éticos foram coerentes com a resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família.

ABSTRACT

This is a research project whose theme is Evaluation of Primary Health Care held with users of the Family Health Strategy of the municipality of Criciúma - SC: Instrument PMAQ. This in turn has as main goal, perform evaluation of the Primary Health Care Strategy with users of Family Health Criciúma-SC and specific objectives: To know the reality of access and utilization of health services; Identify the host and spontaneous demand in healthcare facilities; verify the presence of comprehensive health care; identify the presence of the Bond, Accountability and Coordination of Care; Check the User Satisfaction and identify the mechanisms for participation and interaction of users. The approach used in this study was a quantitative, cross-sectional, exploratory, descriptive and field. The venue for the study were 15 health facilities with the Family Health Strategy and the sample consisted of 180 users. As an instrument for data collection, we used the instrument of the National Improving Access and Quality - PMAQ, proposed by the Ministry of Health Data analysis was performed by running spreadsheets and graphs, using for therefore, the program Microsoft Excel 2010. The ethical aspects were consistent with Resolution 196 of 1996 of the National Health.

Keywords: Evaluation of Health Services, Primary Health Care and Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tempo em que o usuário utilizou os serviços da unidade de saúde pela última vez.....	30
Figura 2 - Sexo dos usuários.....	31
Figura 3 - Idade dos usuários.....	32
Figura 4 - Cor da pele dos usuários	33
Figura 5 - Estado civil dos usuários	34
Figura 6 - Número de pessoas por família	35
Figura 7 - Alfabetização dos usuários	36
Figura 8 - Tempo de estudo dos usuários.....	37
Figura 9 - Aposentadoria	38
Figura 10 - Trabalho remunerado	40
Figura 11 - Renda mensal familiar dos usuários.....	41
Figura 12 - Distância entre a residência e a unidade de saúde.....	42
Figura 13 - Opinião dos usuários em relação á distância da residência até a unidade de saúde	43
Figura 14 - Placas de identificação da unidade de saúde	44
Figura 15 - Dias de funcionamento da unidade de saúde (cinco dias na semana)...	44
Figura 16 - Períodos de funcionamento da unidade de saúde	45
Figura 17 - Horário de atendimento da unidade de saúde	46
Figura 18 - Satisfação das necessidades do usuário quanto ao horário de atendimento	46
Figura 19 - Sugestão dos usuários em relação ao funcionamento da unidade de saúde	47
Figura 20 - A presença do profissional médico durante o horário de funcionamento da unidade de saúde	48
Figura 21 - Escolha de profissional para atendimento ao usuário.....	49
Figura 22 - Marcação de Consulta Médica na Unidade de Saúde	50
Figura 23 - Tempo para a realização da consulta médica.....	51
Figura 24 - Forma com que a consulta médica é marcada ou agendada na unidade de saúde	52
Figura 25 - Escuta aos usuários que não possuem horário marcado	53

Figura 26 - Profissionais que realizam a escuta ao usuário que não possui horário marcado.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 27 - Avaliação dos usuários quanto ao acolhimento na unidade de saúde ...	56
Figura 28 - As orientações disponibilizadas e o atendimento as necessidades dos usuários	57
Figura 29 - Respeito dos profissionais em relação aos hábitos culturais, costumes e religião dos usuários.....	58
Figura 30 - Procura ao atendimento de urgência.....	59
Figura 31 - Local onde o usuário buscou atendimento de urgência.....	60
Figura 32 - Motivo pelo qual o usuário não procurou o atendimento de urgência na unidade de saúde	61
Figura 33 - Realização do atendimento de urgência na unidade de saúde sem consulta marcada	62
Figura 34 - Profissional de saúde que realizou o atendimento de urgência.....	63
Figura 35 - atendimentos e Procedimentos específicos realizados na unidade de saúde	64
Figura 36 - Resolução de problemas e/ou necessidades pela equipe na própria unidade de saúde	66
Figura 37 - Privacidade nos consultórios	67
Figura 38 - Realização do exame físico nos usuários	68
Figura 39 - Frequência de orientação dos profissionais sobre cuidados para uma melhor recuperação.....	69
Figura 40 - Orientação dos profissionais de saúde a respeito dos sinais de melhora ou piora dos usuários	70
Figura 41 - Anotação dos profissionais de saúde em prontuário.....	71
Figura 42 - Questionamento sobre necessidades de saúde do usuário além do motivo da consulta.....	72
Figura 43 - Sugestão de soluções adequadas à realidade do usuário durante as consultas dos profissionais de saúde.....	74
Figura 44 - Avaliação do usuário relacionado à suficiência de tempo da consulta médica	76
Figura 45 - Avaliação do usuário relacionado à suficiência de tempo da consulta de enfermagem.....	77

Figura 46 - Avaliação do usuário relacionado à suficiência de tempo da consulta odontológica	78
Figura 47 - Consulta médica realizada pelo mesmo profissional médico.....	79
Figura 48 - Conhecimento dos usuários em relação ao nome do profissional médico	80
Figura 49 - Consulta de enfermagem realizada pelo mesmo profissional enfermeiro	81
Figura 50 - Conhecimento dos usuários em relação ao nome do profissional enfermeiro.....	82
Figura 51 - O conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao nome dos usuários	83
Figura 52 - O interesse dos profissionais de saúde em relação aos familiares dos usuários	84
Figura 53 - A avaliação dos usuários em relação à lembrança dos acontecimentos da última consulta pelos profissionais de saúde	85
Figura 54 - Facilidade dos usuários para esclarecimento de dúvidas após as consultas.....	86
Figura 55 - Forma com a qual os usuários conseguem esclarecer suas dúvidas.....	87
Figura 56 - Interesse dos profissionais de saúde em relação à falta a consulta ou interrupção de tratamento pelos usuários.....	88
Figura 57 - Forma com a qual os profissionais procuram os usuários que faltaram à consulta ou abandonaram tratamento.....	89
Figura 58 - Liberdade dos usuários quanto à exposição de seus problemas para com a equipe de saúde	90
Figura 59 - Marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas pela unidade de saúde	91
Figura 60 - Forma como é realizada a marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas.....	92
Figura 61 - O interesse da equipe em relação aos atendimentos realizados fora da unidade de saúde	93
Figura 62 - Facilidade dos usuários para mostrar resultado de exames.....	94
Figura 63 - Visita domiciliar do agente comunitário de saúde	95
Figura 64 - Visita domiciliar de outros profissionais.....	96
Figura 65 - Atendimento ao usuário prejudicado pela falta de material	99

Figura 66 - Disponibilidade de medicação na unidade de saúde	100
Figura 67 - Condições de uso e limpeza da unidade de saúde e suficiência de cadeiras na recepção	102
Figura 68 - Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado pela equipe.....	103
Figura 69 - Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado a seus familiares	104
Figura 70 - Opção de mudança de equipe de saúde pelo usuário	105
Figura 71 - Motivo pela qual o usuário mudaria de equipe de saúde.....	105
Figura 72 - Recomendação da unidade de saúde pelos usuários a amigo ou familiar	106
Figura 73 - Nota dada a unidade de saúde pelos usuários relacionada à satisfação com o cuidado recebido	107
Figura 74 - Reclamações ou sugestões relacionadas à unidade de saúde por parte dos usuários	108
Figura 75 - Retorno da unidade de saúde quanto à reclamação ou sugestão do usuário	109
Figura 76 - Conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do município	110
Figura 77 - Conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do ministério da saúde	111

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	15
3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
3.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20
3.5 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PMAQ)	21
4 MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	23
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	24
4.3 LOCAL DE ESTUDO.....	25
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA	25
4.5 COLETA DE DADOS	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 PERFIL DOS USUÁRIOS	30
5.1.1 Tempo em que o usuário utilizou os serviços da unidade de saúde pela ultima vez	30
5.1.2 Sexo	31
5.1.3 Idade	32
5.1.4 Cor da Pele	33
5.1.5 Estado Civil	34
5.1.6 Número de pessoas por família	35
5.1.7 Alfabetização e tempo de estudo	36
5.1.8 Aposentadoria	38
5.1.9 Trabalho Remunerado	40
5.1.10 Renda Mensal Familiar	41

5.2 ACESSO, UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E MARCAÇÃO DE CONSULTA	42
5.2.1 Distância entre a residência e a Unidade de Saúde: Opinião dos usuários	42
5.2.2 Placas de identificação da Unidade de Saúde	444
5.2.3 Dias e períodos de funcionamento da Unidade de Saúde.....	44
5.2.4 Horário de atendimento da Unidade de Saúde e a satisfação das necessidades do usuário.....	466
5.2.5 Sugestão do usuário em relação aos dias e horários de funcionamento da unidade de saúde	47
5.2.6 A presença do profissional médico durante o horário de funcionamento da unidade de saúde	48
5.2.7 Escolha de profissional para atendimento.....	49
5.2.8 Marcação de Consulta Médica na Unidade de Saúde	50
5.2.9 Tempo para a realização da consulta médica	51
5.2.10 Forma com que a consulta médica é marcada ou agendada.....	52
5.3 ACOLHIMENTO E DEMANDA ESPONTÂNEA.....	53
5.3.1 Escuta aos usuários que não possuem horário marcado.....	53
5.3.2 Tempo de espera do usuário para conversar com algum profissional de saúde.....	55
5.3.3 Avaliação dos usuários quanto ao acolhimento.....	56
5.3.4 As orientações disponibilizadas e o atendimento as necessidades do usuário.....	57
5.3.5 Respeito dos profissionais em relação aos hábitos culturais, costumes e religião dos usuários	58
5.3.6 Atendimento de Urgência.....	59
5.3.7 Atendimento de urgência na unidade de saúde sem consulta marcada ..	62
5.3.8 atendimentos e Procedimentos específicos na unidade de saúde.....	64
5.4 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	66
5.4.1 Resolução de problemas e/ou necessidades pela equipe na própria unidade de saúde	66
5.4.2 Privacidade nos consultórios	67
5.4.3 Realização de exame físico	68
5.4.4 Frequência de orientação sobre cuidados para uma melhor recuperação	69

5.4.5	Orientação a respeito dos sinais de melhora ou piora	70
5.4.6	Anotação em prontuário	71
5.4.7	Questionamento sobre necessidades de saúde do usuário além do motivo da consulta.....	72
5.4.8	Sugestão de soluções adequadas à realidade do usuário durante as consultas dos profissionais de saúde	74
5.5	VÍNCULO, RESPONSABILIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO	75
5.5.1	Avaliação do usuário relacionado à consulta médica – tempo e suficiência deste.....	75
5.5.2	Avaliação do usuário relacionado à consulta de enfermagem – tempo e suficiência deste.....	76
5.5.3	Avaliação do usuário relacionado à consulta odontológica – tempo e suficiência deste.....	78
5.5.4	Consulta médica - vínculo e conhecimento a respeito do profissional....	79
5.5.5	Consulta de enfermagem - vínculo e conhecimento a respeito do profissional	81
5.5.6	O conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao nome dos usuários.....	83
5.5.7	O interesse dos profissionais de saúde em relação aos familiares dos usuários.....	84
5.5.8	A avaliação dos usuários em relação à lembrança dos acontecimentos da última consulta pelos profissionais de saúde	85
5.5.9	Esclarecimento de dúvidas após as consultas.....	86
5.5.10	Interesse dos profissionais de saúde em relação à falta a consulta ou interrupção de tratamento pelos usuários	88
5.5.11	Liberdade dos usuários quanto à exposição de seus problemas para com a equipe de saúde	90
5.5.12	Marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas	91
5.5.13	Forma como é realizada a marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas	92
5.5.14	O interesse da equipe em relação aos atendimentos realizados fora da unidade de saúde	93
5.5.15	Facilidade dos usuários para mostrar resultado de exames	94

5.5.16 Visita domiciliar do agente comunitário de saúde e outros profissionais	95
5.6 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	99
5.6.1 Atendimento prejudicado pela falta de material	99
5.6.2 Disponibilidade de medicação na unidade de saúde	99
5.6.3 Condições de uso e limpeza e a suficiência de cadeiras na recepção	99
5.6.4 Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado pela equipe	99
5.6.5 Opinião do usuário em relação ao cuidado disponibilizado aos seus familiares	99
5.6.6 Opção de mudança de equipe	99
5.6.7 Recomendação da unidade de saúde	99
5.6.8 Nota dada à unidade de saúde pelos usuários relacionada a satisfação com o cuidado recebido	99
5.7 MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E INTERAÇÃO DOS USUÁRIOS	108
5.7.1 Reclamações ou sugestões e o retorno	99
5.7.2 Conhecimento dos usuários sobre a existência da telefone da ouvidoria do município e do ministério da saúde	99
6 CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE(S)	123
ANEXO(S)	136

1 INTRODUÇÃO

A escolha deste tema surgiu por inquietação da pesquisadora durante os estágios curriculares da graduação e do período de atuação pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, realizada no âmbito de uma unidade de Estratégia Saúde da Família no município de Criciúma - SC.

As primeiras ideias sobre atenção primária à saúde (APS) surgiram na Grã- Bretanha, em 1920, que serviram de base para a reorganização dos serviços de saúde em vários países. A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, os princípios da atenção primária passaram a ser consensuais e universais, e subsidiaram os ideais dos movimentos sociais em prol de reformas sanitárias em muitos países. No Brasil, por exemplo, foram amplamente debatidos na VIIIª Conferência Nacional de Saúde que antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (VALENTIM E KRUEL, 2007).

Segundo Batista e Gonçalves (2011) a VIIIª Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980, foram importantes no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Apesar de muitos conflitos, embates e diferentes interesses, ocorreram importantes mudanças, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e a criação do Sistema Único de Saúde.

Em 1990, a implantação do SUS deu início à organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 - Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990 apud BATISTA e GONÇALVES, 2011).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Tais leis consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização que já havia sido exposto desde a 8ª Conferência de Saúde e que significava um avanço e contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento (BRASIL, 1990 apud SOUZA e COSTA, 2010).

Visando algumas mudanças, especialmente referente ao modelo hegemônico centrado na doença, em 1994 o Ministério da Saúde, com finalidade de consolidar o SUS, propôs aos municípios o Programa de Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional. O documento que define as bases do programa destaca que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BASTOS, 1998 apud MOIMAZ et al, 2010).

Além disso, a ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, na qual atuam profissionais de diversas áreas e formações distintas (SENNÁ, 2002).

Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros, cobrindo cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas. Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção, assumindo esta a função de porta de entrada do SUS (AZEVEDO e COSTA, 2010).

A partir de então, a ESF, assumindo um caráter substitutivo do modelo tradicional, apresentou expansão acentuada no número de suas equipes em todo o País. Esse crescimento redefiniu sua importância no processo de reorganização da APS e estimulou o discurso sobre questões relacionadas à qualificação e à resolubilidade das equipes de saúde. O Ministério da Saúde passou então a incentivar atividades de monitoramento e avaliação, buscando institucionalização de processos avaliativos (FELISBERTO, 2006).

Em 2010, o Ministério da Saúde adotou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ da Atenção Básica com o intuito de induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e

municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. Além disso, o Programa busca a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2012).

Refletindo sobre a Atenção Primária à Saúde e aos usuários desta, chegou-se a questão que norteou o desenvolvimento da investigação: **Qual a avaliação da Atenção Primária em Saúde realizada pelos usuários de Estratégias Saúde da Família do município de Criciúma - SC, utilizando-se o instrumento de avaliação do PMAQ?**

A partir dessa inquietação, surgiu o seguinte pressuposto: A atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família do município não corresponde a todos os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar avaliação da Atenção Primária em Saúde com usuários de Estratégias Saúde do município de Criciúma - SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a realidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde;
- Identificar o acolhimento e demanda espontânea nas unidades de saúde;
- Verificar a presença da Atenção Integral à Saúde;
- Identificar o Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado;
- Verificar a Satisfação do Usuário;
- Conhecer os Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

No Brasil, os anos 1970 e 1980 foram marcados por um processo longo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde. A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, um novo ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto: garantia de acesso universal ao sistema e um novo conceito de saúde definido como direito, além de contemplar os níveis de atenção em saúde, o que permitiu que os serviços de saúde fossem reestruturados de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

A regulamentação do SUS foi realizada através das Leis Orgânicas da Saúde 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, e Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990).

Um novo modelo de atenção à saúde foi instalado, a partir da regulamentação do SUS, tendo como princípios a descentralização dos serviços, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

O SUS, com objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública brasileira implantou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, estratégia esta que seria estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, sendo estas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que são pessoas da própria

comunidade que atuam junto à população, sob a instrução e supervisão do enfermeiro (Ministério da Saúde, 2001).

Foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), surgindo como uma estratégia de implantação do SUS com vistas à reorganização da atenção básica e tem como aspecto marcante a possibilidade de agilizar, de forma efetiva, a descentralização dos serviços, para atender às reais necessidades de saúde da população. Assim, o PSF passa a ser assumido pelo MS como o eixo estruturante da atenção básica no Brasil (Ministério da Saúde, 2001 apud Santos et al, 2008).

A estratégia do PSF estimula a implantação de um novo modelo, em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são transformadas em Unidades de Saúde da Família, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para tanto, utiliza o enfoque de risco como método de trabalho, o que tem favorecido o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população (Ministério da Saúde, 2001 apud Santos et al, 2008).

As UBS, responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema, têm como equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Assim, têm como desafio o trabalho em equipe, com responsabilidade sobre o território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas, ou mil famílias (Ministério da Saúde, 2001 apud Santos et al, 2008).

Além disso, segundo Brasil (2011), conforme a normatização vigente do SUS define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica PNAB (Brasil, 2011), os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, são considerados termos equivalentes, a mesma consideração vale para esta pesquisa.

A possibilidade de expandir a Atenção Primária à Saúde segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que a Atenção Primária à Saúde se colocaria como a porta de entrada ao sistema de saúde, organizado hierarquicamente (MENDONÇA, VASCONCELLOS e VIANA, 2008).

Foi a partir da década de 1970 que diversas iniciativas surgiram visando a ampliar as práticas nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres, entre as quais podemos destacar: o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como polo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados no Rio de Janeiro, Joinville, Pelotas e em outros locais, com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC); experiências de medicina comunitária como a de Montes Claros que serviram de base para programas de extensão de cobertura; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, que ao ser estendido para todo o país promoveu uma grande expansão da rede ambulatorial; além de experiências municipais em Lages, Campinas, Londrina e Niterói, por exemplo (FALK, 2004).

O desenho do SUS teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos na década de setenta, mas os conhecimentos acumulados com novos modos de práticas e formação de recursos humanos em nível local não encontraram eco no movimento sanitário, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde (CONILL, 2008).

A partir de 1996, houve um impulso na política de descentralização com Normas Operacionais favorecendo um arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído para o poder local (BODSTEIN, 2002).

Diante de todo esse processo, surgiram propostas mostrando a necessidade de mudanças paradigmáticas com projetos estruturantes no campo da saúde e no campo dos serviços, alertando-se para a importância da subjetividade

dos usuários e dos coletivos de trabalho, com uma crítica contundente à racionalidade tecnoburocrática, sendo uma dessas propostas a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda mais frente à experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste (CAMPOS, 1991).

Em 2006, ou seja, dez anos após a implantação da ESF, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica com uma revisão da legislação em função da experiência acumulada e das diretrizes do novo pacto entre as esferas de governo (Portaria nº 648 de 28 de março de 2006). O Pacto de Gestão regulamentou o bloco financeiro da atenção básica para superar a fragmentação vigente, extinguindo-se a vinculação de incentivos por faixas de cobertura o que prejudicava os grandes centros. O Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006 apud CONILL, 2008).

Segundo a PNAB regulamentada pela Portaria nº 2488/2011:

[...] a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011, p.03).

Além disso, a Portaria nº2488/2011, diz que, a Atenção Básica é desenvolvida com base na descentralização, próxima da realidade das pessoas, devendo ser preferencialmente o contato inicial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua

singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

3.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1996, incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais. Procura reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada (ALVES e AERTS, 2011).

Segundo a Portaria nº2488/201, a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde, uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser incorporados à esta equipe mínima o cirurgião dentista e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), que constituem uma Equipe de Saúde Bucal. E define as seguintes atribuições como comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de

doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente. Além das atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho (PAVONI e MEDEIROS, 2009).

3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas. A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas em vários países do mundo como forma de se alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários (CAMPOS, 2005).

Entre os diversos aspectos relacionados ao cumprimento desse desafio, também no Brasil, o campo da qualidade no contexto da Atenção Primária em Saúde tem recebido uma atenção especial por parte do Ministério da Saúde, com a constituição de um grupo de trabalho voltado para o seu desenvolvimento. Destaca-se aqui que, no que diz respeito à avaliação de qualidade, essa tem sido a primeira iniciativa que busca uma proposta e uma política de avaliação global da qualidade prestada pelos serviços básicos de saúde no país, nos mesmos moldes de projetos já desenvolvidos em outros países (FELISBERTO, 2004).

É importante frisar que, anteriormente, algumas secretarias de estado tinham, a partir do pacto da atenção básica, estabelecido parâmetros e critérios de qualidade a embasar propostas de incentivos financeiros aos municípios. Por meio

da constituição de um grupo técnico, com a participação municípios e estados, elaborou-se a proposta de "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família", sob a gerência da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e ainda com a cooperação técnica e financeira da Organização Panamericana da Saúde e do Banco Mundial e a assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. Ao envidar esforços para a criação da área de avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde reitera o compromisso de buscar cumprir os princípios da integralidade e da equidade das ações e serviços de saúde destinados aos indivíduos, às famílias e à comunidade, anseio de todos os que aspiram por uma condição de vida digna, justa e humana (CAMPOS, 2005).

3.5 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PMAQ)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional).

A terceira fase consiste na avaliação externa a qual se trata da realização de um conjunto de ações que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

E, finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2013).

O instrumento de avaliação do PMAQ, referente ao Módulo III, o qual se refere a avaliação externa, realizado mediante entrevista estruturada com os usuários, conta com 191 questões, divididas em blocos, sendo que cada um desses blocos estão subdivididas por assuntos, focadas no Acesso e Utilização dos Serviços (14 questões); Acolhimento e Demanda Espontânea (13 questões); Atenção Integral à Saúde (8 questões); Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado (24 questões); Saúde da Mulher (18 questões); Gravidez e Pré-Natal (22 questões); Acolhimento Específico à Gestante (6 questões); Informação Sobre o Pós-parto (12 questões); Saúde da Criança (31 questões); Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS (9 questões); Diabetes Mellitus - DM (9 questões); Saúde Bucal (12 questões); Satisfação do Usuário (09 questões) e Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários (4 questões).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia é o alicerce que assegura o pesquisador para o alcance de seus objetivos.

Para Leopardi (2002, p. 163) “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da realidade, por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”.

Leopardi (2002) diz ainda que, a metodologia é o caminho pelo qual se alcança a meta, sendo um plano pelo qual se destaca as articulações entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimentos.

A metodologia é considerada o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade [...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador (MINAYO, 2003, p. 16).

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem utilizada para este estudo foi quantitativa, uma vez que a investigação pretendeu avaliar a Atenção Primária em Saúde com usuários de Estratégias Saúde da Família do município de Criciúma – SC, utilizando-se como instrumento de coleta de dados a entrevista estruturada do PMAQ relacionada aos princípios e diretrizes da Atenção Básica em Saúde tais como: Acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A pesquisa quantitativa é aquela em que o pesquisador sempre faz alegações de conhecimento com base em perspectivas construtivistas (ou seja, significados múltiplos de experiências individuais, significados social e historicamente construídos, com o objetivo de desenvolver uma teoria ou um padrão) ou em perspectivas reivindicatórias e participatórias (ou seja, políticas, orientadas para a questão; ou colaborativas, orientadas para a mudança) ou em ambas. Esta também usa estratégias de investigação como narrativas, fenomenologias, etnografias, estudos baseados em teoria ou estudos de teoria embasada na

realidade. O pesquisador coleta dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir dos dados (CRESWELL, p.35, 2007).

4.2 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi do tipo exploratória-descritiva, transversal e de campo. A qual tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”; descrevendo as características de determinado fenômeno. Estão incluídas no grupo de pesquisas descritivas aquelas que têm como objetivo de levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2002, p.42).

Entretanto a pesquisa exploratória “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação ao fato ou fenômeno”. (LEOPARDI, 2002, p.119).

Trivinos (1995, p.110) diz ainda que, “os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar [...] estudos descritivos pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

O estudo transversal é uma pesquisa em que a relação exposição-doença ou exposição-ação é examinada, em uma determinada população, em um momento particular. Este fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas, naquele momento (PEREIRA, 2005).

O resultado de uma pesquisa descritiva não se limita unicamente em expor, explicar ou detalhar fenômenos. Este tipo de pesquisa envolve toda uma investigação formal que resulta sempre em ações aproveitáveis, no futuro, na alteração efetiva de certas práticas inoperantes (AYALA e LAMEIRA, 1989).

Segundo Leopardi (2002), pesquisa de campo são aquelas que em sua maioria, são desenvolvidas em cenários naturais. São investigações feitas em campo, em locais de convivência social, como instituições assistenciais de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Estes buscam examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes dos indivíduos ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em 15 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, no município de Criciúma – SC. As mesmas foram escolhidas de acordo com a proporção de unidades ESF por regional de saúde do município, para obter-se uma amostra bem distribuída. Diante disso, a pesquisa foi realizada em quatro unidades pertencentes a regional de saúde da Próspera, três unidades da regional de saúde Centro, duas unidades de saúde da regional Boa Vista, três unidades da regional de saúde Rio Maina e três unidades da regional de saúde Santa Luzia.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram dessa pesquisa, 180 usuários de 15 unidades de saúde com ESF do município, sendo, portanto, 12 usuários de cada unidade. O limite de participantes foi determinado pelo tempo disponível para coleta de dados.

A escolha dos participantes ocorreu a partir da aceitação de convite verbal, na qual, os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

A amostra, portanto, foi composta por 180 usuários e a escolha da amostragem ocorreu de forma intencional. Para participar da pesquisa, os sujeitos obedeceram aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de Inclusão:

- a) Ter idade superior a 18 anos;
- b) Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A).
- c) Estar consciente e ter condições físicas e mentais para responder as questões presentes na entrevista.
- d) Estar presente na unidade de saúde no momento da coleta de dados.
- e) Não estar utilizando os serviços de saúde pela primeira vez.
- f) Ter utilizado os serviços de saúde a menos de 12 meses.

Critérios de Exclusão:

a) Não corresponder aos critérios de inclusão.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu mediante a realização de uma entrevista estruturada individual, utilizando-se para tal, o instrumento de avaliação externa PMAQ, o qual possui questões pré-estabelecidas focadas na avaliação da Atenção Primária - PMAQ (Apêndice A).

A entrevista caracteriza-se por ser um processo de relação interpessoal onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador ("inter-subjetividade"). Para tanto, o pesquisador deve respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir a sua narrativa, na tentativa de captar a sua interpretação da realidade e deve "desvestir-se" de suas crenças, valores e formação intelectual (LIMA e GUALDA, 2001, p. 236).

Leopardi (2002) diz que, a entrevista é a fase em que o pesquisador vai às fontes de suas informações, para procurar através de instrumentos apropriados, evidências sobre a realidade pesquisada.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado o reconhecimento prévio dos locais onde seria desenvolvida a pesquisa e, posteriormente, a breve apresentação do projeto para as enfermeiras gerentes das unidades de saúde, sendo solicitada às mesmas, a permissão para a realização desta na unidade de saúde.

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento de avaliação da atenção primária: PMAQ. Dentre todos os blocos (assuntos) pertencentes ao instrumento PMAQ, optou-se pela escolha das questões relacionadas aos princípios ordenadores da Atenção Primária à Saúde por corresponderem aos objetivos propostos desta pesquisa.

Os princípios ordenadores da Atenção Básica são: O primeiro contato, o qual se trata do lugar a ser buscado primeiramente pelos usuários; A longitudinalidade, a qual se refere à relação pessoal entre pacientes e profissionais da atenção primária ao longo do tempo; A Integralidade, ou seja, a garantia, pelo

sistema de saúde, de cuidados voltados para a prevenção de agravos, cura, reabilitação e promoção da saúde, conforme necessidade do usuário; A Coordenação do Cuidado, onde há responsabilização por parte da equipe quanto ao cuidado necessário ao usuário, seja ele feito na Unidade Básica ou em qualquer outro ponto de atenção.

A Orientação Familiar, que vai além do problema de saúde do indivíduo, ou seja, o conhecimento da dinâmica familiar pela equipe, para definir posteriormente as necessidades particulares e garantir a assistência integral, entendendo a família como sujeito da ação e por último, a Orientação Comunitária, a qual se refere ao reconhecimento dos recursos que a comunidade dispõe para potencializar o cuidado ao indivíduo.

Diante das possibilidades apresentadas pelo instrumento de avaliação externa do PMAQ correlacionando com os princípios orientadores da Atenção Básica optou-se por pesquisar os seguintes temas: Acesso e Utilização dos Serviços; Acolhimento e Demanda Espontânea; Atenção Integral à Saúde; Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado, Satisfação do Usuário e Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários, totalizando 72 questões, com exceção das questões relacionadas ao perfil dos entrevistados, a qual possui 11 questões. Portanto, em cada entrevista foram realizadas ao todo 83 questões (APÊNDICE A).

Participaram desta pesquisa, 180 usuários. A média de tempo para a realização da entrevista foi de aproximadamente 25 minutos. O convite para a participação desta foi realizado, em sua maioria, na recepção ou sala de espera das unidades de saúde, local este, de maior concentração de usuários.

As entrevistas foram realizadas individualmente, utilizando-se para isso, salas ou consultórios que não estavam sendo utilizados pelos profissionais no momento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Minayo (2003), a análise de dados visa estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, além de possibilitar a ampliação

do conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

Para a análise quantitativa dos dados, os mesmos foram inseridos em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel 2010 e analisados posteriormente através de cálculos e gráficos realizados utilizando-se para isso, o mesmo programa.

4.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo específico assinaram um termo de consentimento, sendo assegurado o sigilo quanto à identidade dos participantes. O termo adotou as exigências contidas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Entre os procedimentos éticos e legais, estão inclusos os cuidados éticos necessários à preservação do sigilo sobre a origem dos dados e sobre a aprovação do processo nos locais onde a pesquisa irá ser realizada (LEOPARDI, 2002).

A resolução 196/96 incorpora três referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência e justiça, além de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Quanto aos aspectos éticos, o presente consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, o que inclui o seu objetivo, benefícios e riscos.

Alguns aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem foram asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

Os códigos de ética insistem nas salvaguardas para proteger as identidades das pessoas e dos locais de pesquisa. Deve-se assegurar a confidencialidade como a primeira salvaguarda contra exposição indesejada. Todos os dados pessoais devem ser protegidos ou escondidos sendo expostos publicamente somente pela proteção do anonimato (DENZIN et al, 2006, p.147).

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-los com dignidade, respeitando-os e defendendo-os em sua vulnerabilidade. Nessa pesquisa foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes

da pesquisa sobre os objetivos, métodos, direitos, possibilidade de desistência e sigilo em relação aos dados que possam vir a identificá-lo.

O presente projeto de pesquisa passou inicialmente por avaliação dos membros da Comissão da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – COREMU. Após a aprovação da mesma, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – CEP/UNESC, sendo aprovado através do parecer nº 111.785.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

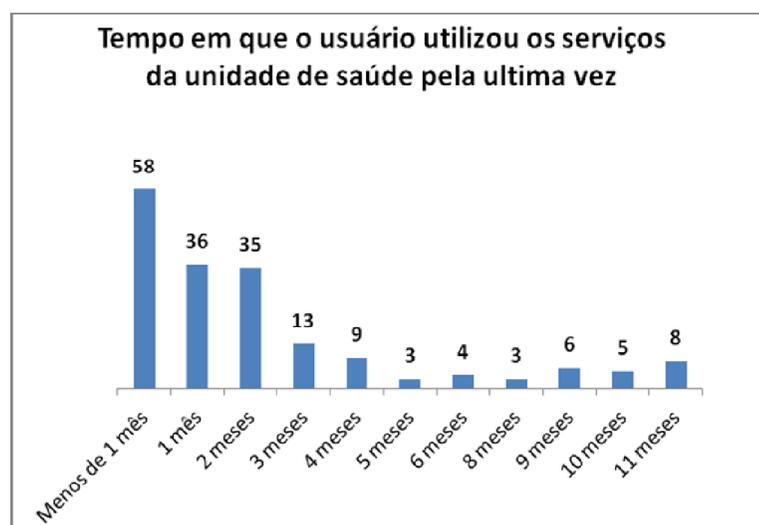
Para a análise quantitativa dos dados, os mesmos foram inseridos em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel 2010.

Através da aplicação da entrevista, criaram-se as seguintes categorias para facilitar a análise dos dados: Perfil do Usuário; Acesso, Utilização dos Serviços e Marcação de Consulta; Acolhimento e Demanda Espontânea; Atenção Integral à Saúde; Vínculo, Responsabilização, Coordenação do Cuidado, Satisfação do Usuário e Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários.

5.1 PERFIL DOS USUÁRIOS

5.1.1 Tempo em que o usuário utilizou os serviços da unidade de saúde pela última vez

Figura 1 - Tempo em que o usuário utilizou os serviços da unidade de saúde pela última vez



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao tempo em que o usuário utilizou algum serviço da unidade de saúde pela última vez, observou-se que, 58 usuários (32,2%) compareceram a menos de um mês; 36 usuários (20%) estiveram na unidade há um mês, 35 usuários (19,4%) em dois meses; 13 usuários (7,2%) em três meses, nove usuários (5%) há quatro meses, três usuários (1,7%) em cinco meses; quatro usuários (2,2%) há seis

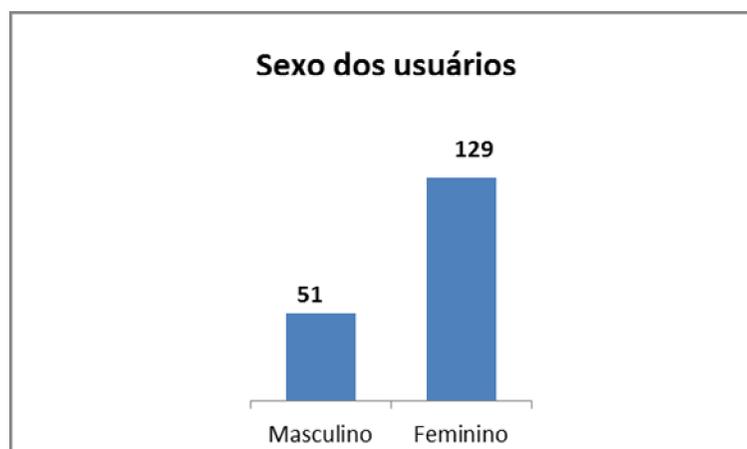
meses; três usuários (1,7%) em oito meses; seis usuários (3,3%) há nove meses; cinco usuários (2,8%) em dez meses e oito usuários (4,4%) há 11 meses. Nenhum dos entrevistados relatou ter utilizado os serviços da Unidade de Saúde nos sete meses anteriores à realização da entrevista.

Observa-se, portanto que, a maioria dos usuários esteve a menos de um mês utilizando os serviços da unidade de saúde.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.1.2 Sexo

Figura 2 - Sexo dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

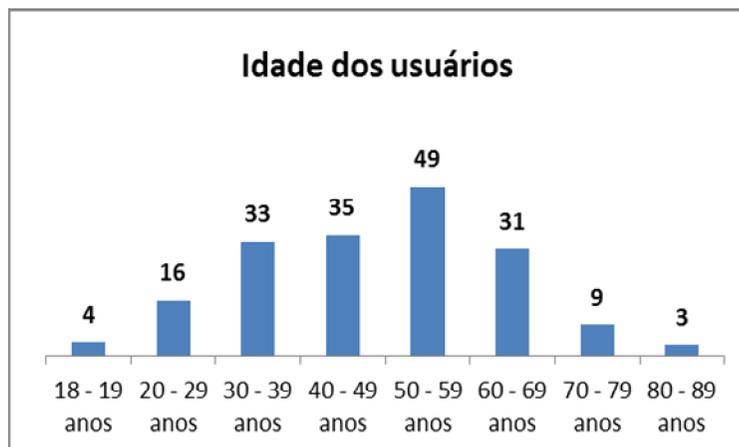
Quanto aos dados referentes ao sexo, 51 usuários entrevistados (28,3%) pertenciam ao sexo masculino e 129 usuários (71,7%) pertenciam ao sexo feminino.

De acordo com os dados, observa-se a predominância do sexo feminino entre a totalidade dos usuários das unidades de saúde. Acredita-se que isso se deve ao fato de que a maioria dos homens (os quais na maioria das vezes, são conseqüentemente, os chefes de família e responsáveis pelo sustento da casa) encontra-se trabalhando durante o horário de funcionamento da unidade de saúde, favorecendo assim, a presença de mulheres nesse período.

Não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de fundamentação.

5.1.3 Idade

Figura 3 - Idade dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

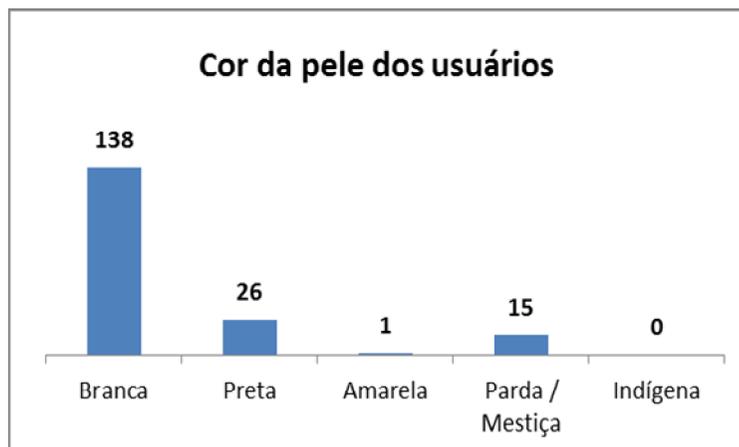
Em relação à idade, observou-se que, quatro usuários (2,2%) tinham idade entre 18 e 19 anos; 16 usuários (8,9%) 20-29 anos; 33 usuários (18,3%) 30-39 anos; 35 usuários (19,4%) 40-49 anos; 49 usuários (27,3%) 50-59 anos; 31 usuários (17,2%) 60-69 anos; nove usuários (5%) 70-79 anos e três usuários (1,7%) obtinham idade entre 80-89 anos.

A idade dos usuários entrevistados variou entre 18 e 89 anos, predominando principalmente a faixa etária adulta (50-59 anos).

A variedade da idade possibilita à obtenção de uma diversidade de opiniões, tendo em vista que as demandas, necessidades de saúde e percepções sobre o serviço de saúde variam de acordo com a faixa etária dos indivíduos (AGUIAR e MOURA, 2004)

5.1.4 Cor da Pele

Figura 4 - Cor da pele dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

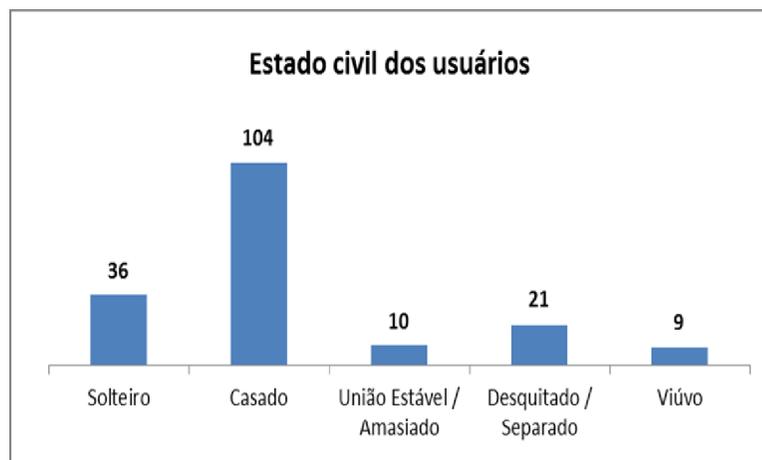
Quanto à cor da pele, 138 usuários (76,7%) disseram ser de cor branca; 26 usuários (14,4%) relatou ser de cor preta; Um usuário (0,5%) disse pertencer à cor amarela e 15 usuários (8,4%) relataram ser de cor parda ou mestiça. Nenhum dos usuários referiu à opção indígena.

Diante dos dados, observa-se a predominância da cor branca. Acredita-se que esteja relacionado com o fato da região sul brasileira ter sido povoada principalmente, por colonizadores de origem europeia.

Quanto ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.1.5 Estado Civil

Figura 5 - Estado civil dos usuários



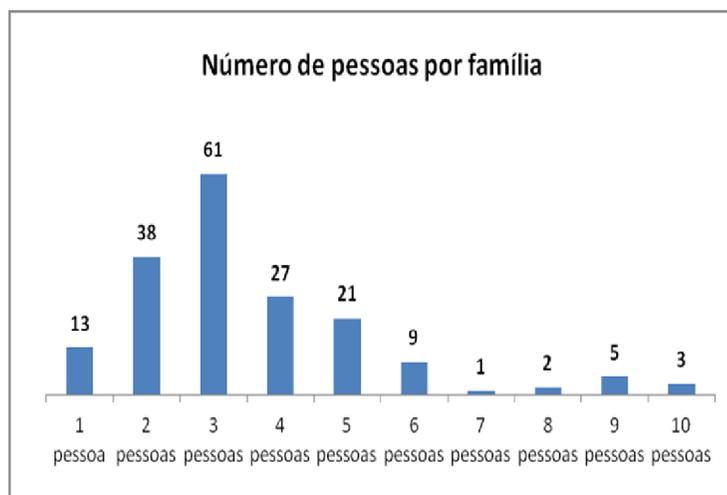
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação a o estado civil, 36 usuários (20%) referiram ser solteiros; 104 usuários (57,8%) disseram ser casados; Dez usuários (5,5%) referiram estar em situação de união estável ou amasiado; 21 usuários (11,7%) disseram ser desquitados ou separados e nove usuários (5%) referiram serem viúvos, portanto, fica evidente que a maioria dos usuários entrevistados é casada, seguida do estado civil de solteiro.

Conforme Godinho et al (2006), o maior número de indivíduos casados confirma resultados de outros estudos brasileiros, provavelmente por ser uma condição mais frequente nas faixas etárias mais avançadas e também por representar maior apoio social.

5.1.6 Número de pessoas por família

Figura 6 - Número de pessoas por família



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao número de pessoas que moram na residência incluindo o usuário entrevistado, obteve-se o seguinte resultado: 13 usuários (7,2%) afirmaram morar sozinhos; 38 usuários (21,1%), dois moradores; 61 usuários (33,8%), três moradores; 27 usuários (15%), quatro moradores; 21 usuários (11,7%), cinco moradores; nove usuários (5%), seis moradores; Um usuário (0,5%), sete moradores; dois usuários (1,1%), oito moradores; cinco usuários (2,8%), nove moradores e, três usuários (1,7%), dez moradores em sua residência, contando com o entrevistado. Diante dos dados, observa-se portando a predominância da condição de três moradores, seguido da situação de dois moradores.

Observou-se claramente nesse estudo que, a composição familiar relacionada ao número de integrantes ficou por volta de duas a quatro pessoas. Acredita-se que isso se deva ao maior controle de natalidade e incentivo ao planejamento familiar por parte do governo, em especial, à educação em saúde e ações nas unidades básicas de saúde em conjunto com alguns programas, disponibilizando a população informação, materiais (preservativos e medicamentos) e até mesmo procedimentos gratuitos, tais como laqueadura e vasectomia.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA ocorreram aumentos no número de famílias monoparentais femininas e de pessoas que moram sozinhas e redução de famílias muito numerosas. Segundo esse trabalho, nos últimos anos a taxa de crescimento da população está diminuindo.

Essa mudança pode ser explicada pela queda na taxa de fecundidade e de mortalidade, indicando que as pessoas estão vivendo mais, em melhores condições e optando por terem menos filhos. Sobre a desigualdade de renda, alguns trabalhos sugerem queda nos últimos anos (BARROS, FOGUEL e ULYSSEA, 2006).

O conceito e a composição da família sofreu várias modificações ao longo do tempo. Atualmente, os modelos de organização familiar existentes são diversificados, e esta característica pode tornar-se, na sociedade contemporânea, um fator importante a ser considerado pelos profissionais. Na sociedade contemporânea, percebemos que o próprio conceito de família está em debate, diante do impacto das mudanças sociais, sendo que o impacto destes desafios influencia o cotidiano das relações familiares. Para compreensão dessas transformações, é necessária uma mudança do foco de visualização da família, levando-se em conta que há reflexos da sociedade amplamente, tanto na forma de se viver em família, quanto nas relações interpessoais (OLIVEIRA e FILHO, 2013).

Brito (2008, apud Ferrario e Cunha, 2012), têm observado que, o nível de fecundidade caiu em categorias sociais de maior nível de renda, além de parte da profunda desigualdade social brasileira também ser refletida pelas diferenças demográficas.

5.1.7 Alfabetização e tempo de estudo

Figura 7 - Alfabetização dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação a alfabetização, 162 usuários (90%) afirmaram saber ler e escrever; 11 usuários (6,1%) referiram não saber ler ou escrever e sete usuários

(3,9%) disseram saber apenas assinar seu nome, portanto, observa-se que, a grande maioria dos usuários entrevistados sabem ler e escrever, ou seja, são alfabetizados. Acredita-se que, a minoria não alfabetizada deve-se ao fato da baixa relevância e incentivo dado à educação há alguns anos atrás, onde a maioria das crianças ajudavam seus pais em atividades domiciliares ou rurais ao invés de frequentarem a escola.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para embasamento teórico e/ou científico.

Figura 8 - Tempo de estudo dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao tempo de estudo, oito usuários (4,4%) não tiveram a oportunidade de cursar nenhum ano de estudo; 11 usuários (6,1%) estudaram um ano; 16 usuários (8,9%) tiveram a oportunidade de cursar dois anos; 21 usuários (11,7%) estudaram três anos; 35 usuários (19,4%) cursaram quatro anos do ensino fundamental ou primário; 19 usuários (10,6%) estudaram cinco anos; 12 usuários (6,7%) tiveram a oportunidade de cursar seis anos; sete usuários (3,9%) estudaram sete anos; 31 usuários tiveram a oportunidade de cursar oito anos, ou seja, completaram o ensino fundamental; seis usuários (17,2%) estudaram nove anos; cinco usuários (3,3%) tiveram a oportunidade de cursar dez anos; quatro usuários (2,8%) estudaram onze anos, isto é, completaram o ensino médio; três usuários (1,7%) tiveram a oportunidade de cursar doze anos e dois usuários (1,1%) tiveram ao todo, 15 anos de estudo, ou seja, completaram o ensino superior.

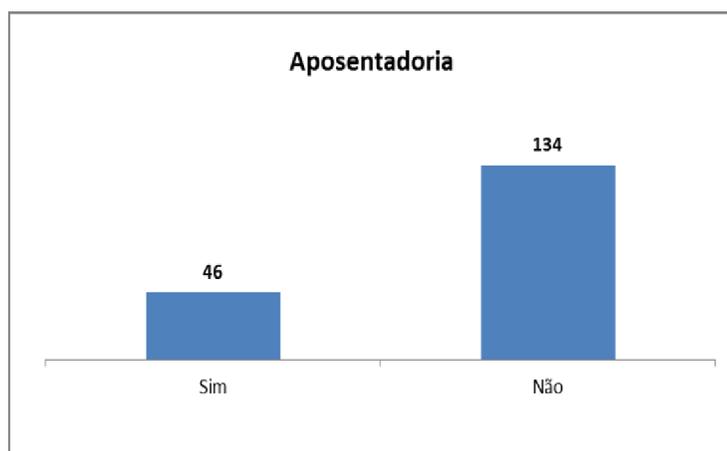
Observa-se que, a maioria dos entrevistados concluiu o ensino “primário” ou fundamental, evidenciando, portanto, a baixa quantidade de usuários que concluíram o ensino médio e superior. A baixa escolaridade pode influenciar não processo saúde-doença dos indivíduos sobre vários aspectos, como por exemplo, conhecimento deficiente sobre noções básicas de patologia, menor condição sócio-econômica entre outros.

Esses dados permitem pensar, que o estado de saúde dos indivíduos, está interligado a suas características socioeconômicas, as quais afetam diretamente suas vidas, expondo-os a contextos deficientes, desgastantes e geradores de doenças, evidenciando desta forma, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2008 apud SCHWARTZ, 2010).

Nesse contexto, Aguiar e Moura (2004) ressaltam que a ESF tem um papel fundamental, através da articulação com outros setores, como o de educação, para contribuir e aprimorar o acesso à educação através do estabelecimento de vínculo com as famílias e comunidade, podendo identificar, estimular e acompanhar inclusive, a frequência escolar, além de auxiliar na busca de estratégias para obtenção de renda e melhorias no saneamento básico, estabelecendo possivelmente uma relação de intersectorialidade, conforme orientada nas diretrizes da Estratégia.

5.1.8 Aposentadoria

Figura 9 – Aposentadoria



Fonte: Dados da pesquisa.

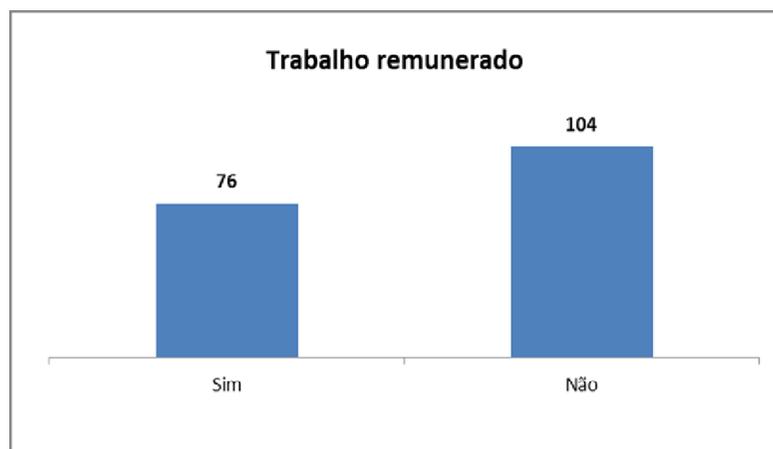
Em relação à aposentadoria, 46 usuários (25,5%) estavam aposentados e 134 usuários (74,4%) não. Desta forma, observa-se que esta informação está de acordo com o gráfico relacionado à idade dos entrevistados, onde a grande maioria dos usuários encontra-se em faixa etária considerada “produtiva”.

A aposentadoria é um tópico ainda incerto, acompanhado por muitas ambivalências, que vão desde a idade da concessão, formas de acesso, situação econômica, condições de saúde e outros fatores que podem influenciar a permanência ou a saída dos trabalhadores mais velhos das organizações (FRANCA, MENEZES E SIQUEIRA, 2012).

De acordo com Magalhães et al, 2004, apud Franca, Menezes e Siqueira, 2012) a aposentadoria é um dos momentos mais decisivos na vida dos adultos maduros e se a identidade das pessoas estiver fortemente associada ao trabalho, o processo de aposentadoria pode ser vivenciado por uma ruptura imposta pelo mundo externo, gerando frustração e sentimento de esvaziamento no indivíduo. Mas, para algumas pessoas, sobretudo para os trabalhadores mais sacrificados fisicamente, a aposentadoria pode representar a libertação de uma rotina árdua e sacrificante e se tornar uma oportunidade para vivenciar um tempo livre, nunca antes propiciado. O problema é que, muitos aposentados recebem apenas o suficiente para sobreviver e esta situação se agrava na medida em que os proventos nem sempre acompanham a evolução do salário mínimo ou dos níveis de inflação. No entanto, outros aposentados privilegiados possuem recursos financeiros que lhes permitem desfrutar uma vida social intensa, com oportunidades de lazer diversificadas, muito embora o fato de continuar trabalhando nem sempre esteja correlacionado com o aspecto financeiro ou a identidade com o trabalho.

5.1.9 Trabalho Remunerado

Figura 10 - Trabalho remunerado



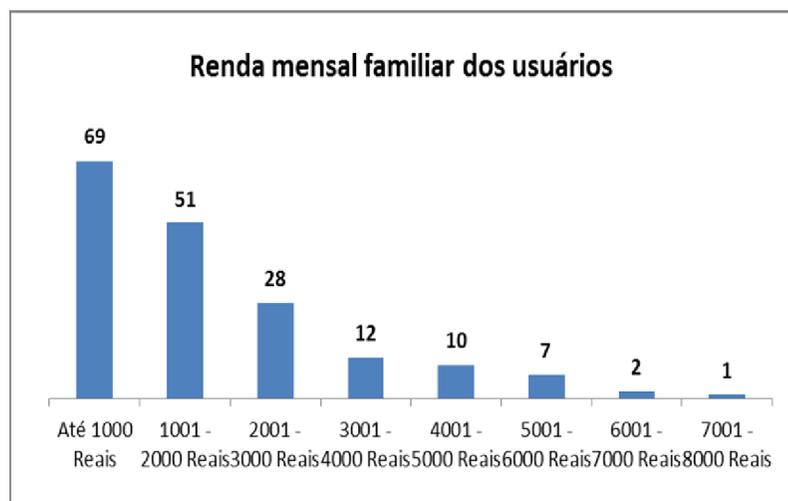
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à condição de trabalho/emprego remunerado, 76 usuários (42,2%) responderam que no momento encontravam-se trabalhando e recebendo algum tipo de remuneração. No entanto, 104 usuários (57,8%), ou seja, a maioria, afirmou não obter trabalho remunerado. Em relação ao número de pessoas entrevistadas, acredita-se que isso se deva ao fato de a maioria dos entrevistados serem do sexo feminino e, portanto, ser em sua maioria, donas de casa, conforme relatos durante as entrevistas.

O trabalho ocupa lugar central na organização social e pode ser considerado um regulador da vida em sociedade, pois é com base nele que o sujeito planeja e organiza os outros aspectos de sua vida. O mundo do trabalho vem sofrendo, a partir das últimas décadas inúmeras transformações, e o resultado mais brutal, é o desemprego estrutural. Analisando esse cenário, percebe-se uma grande heterogeneidade nas formas de contratação, nas profissões e nas atividades realizadas; a fragmentação e complexidade se intensificaram, proporcionando maior instabilidade para os trabalhadores (NATIVIDADE e COUTINHO, 2012).

5.1.10 Renda Mensal Familiar

Figura 11 - Renda mensal familiar dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à renda mensal familiar, 69 usuários (38,4%) relataram obter até 1000,00 Reais mensalmente; 51 usuários (28,4%) afirmaram ter uma renda mensal familiar entre 1001-2000 Reais; 28 usuários (15,5%) disseram ter a renda entre 2001-3000 Reais; 12 usuários (6,7%) relataram obter entre 3001-4000 Reais mensalmente; dez usuários (5,5%) afirmaram ter uma renda mensal familiar entre 4001-5000 Reais; sete usuários (3,9%) disseram ter a renda entre 5001-6000 Reais; dois usuários (1,1%) relataram obter entre 6001-7000 Reais mensalmente e por último, um usuário (0,5%) afirmou ter uma renda mensal familiar entre 7001-8000 Reais.

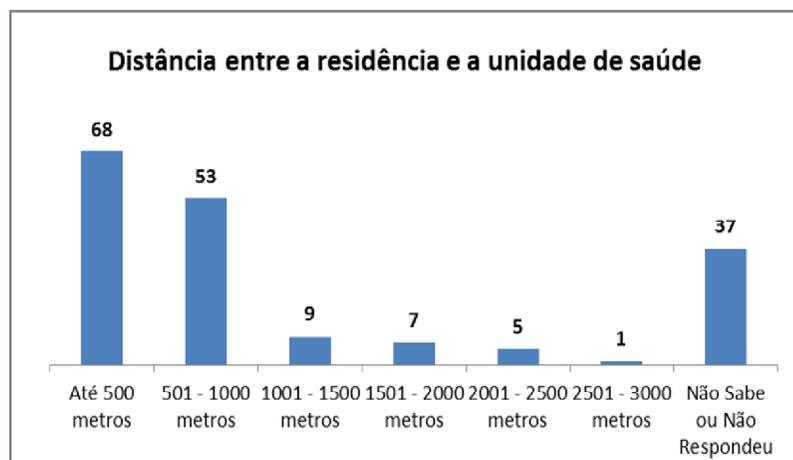
Observa-se que, a grande maioria dos usuários entrevistados possui renda familiar de até 1000 Reais, evidenciando dessa forma, a sobrevivência mensal da maioria das famílias, com uma renda não chegando a dois salários mínimos o que pode influenciar em questões como alimentação, escolaridade, lazer entre outros.

Conforme Barros et al. (2006), a partir de 2001 a desigualdade de renda no Brasil caiu de forma contínua, entretanto as diferenças de renda ainda continuam elevadas. Para o autor, famílias com maior número de crianças, em sua maioria, estão localizadas nos décimos inferiores da renda, provocando efeito concentrador do nível de renda.

5.2 ACESSO, UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E MARCAÇÃO DE CONSULTA

5.2.1 Distância entre a residência e a Unidade de Saúde: Opinião dos usuários

Figura 12 - Distância entre a residência e a unidade de saúde

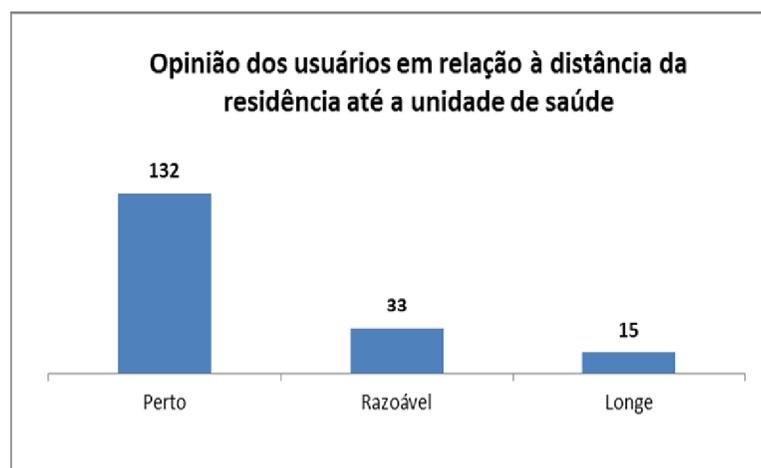


Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à distância entre a residência e unidade de saúde, 68 usuários (37,8%) afirmaram morar até 500 metros; 53 usuários (29,5%) relataram que suas casas encontravam-se entre 501-1000 metros; nove usuários (5%) disseram morar entre 1001-1500 metros; sete usuários (3,9%) relataram que sua residência encontrava-se entre 1501-2000 metros; cinco usuários (2,8%) afirmaram morar entre 2001-2500 metros; um usuário (0,5%) relatou que sua casa encontrava-se entre 2501-3000 metros e 37 usuários (20,5%) não sabia ou não respondeu. Diante dos dados apresentados, observa-se que, a maioria dos usuários mora a uma distância de até 500 metros.

O acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual. A dimensão técnica envolve desde a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os horários previstos de atendimento e a qualidade da atenção (UNGLERT, 1990).

Figura 13 - Opinião dos usuários em relação à distância da residência até a unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

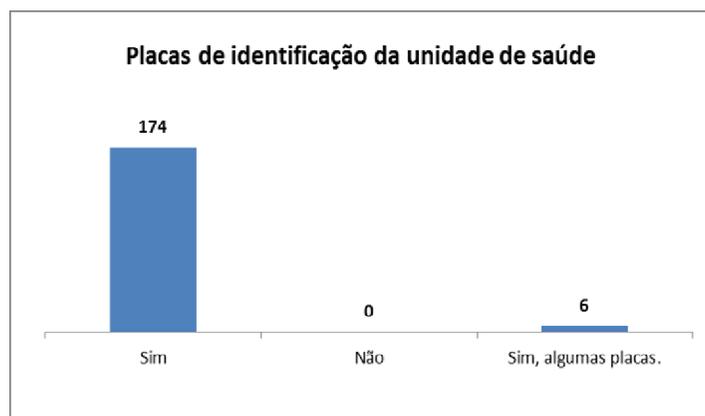
Quanto à opinião dos usuários em relação à distância da residência até a unidade de saúde, 132 usuários (73,3%) afirmaram ser perto; 33 usuários (18,3%) acreditam morar a uma distância razoável da unidade de saúde e 15 usuários (8,4%) relataram morar longe da unidade de saúde.

Observou-se durante a realização das entrevistas que, a opinião dos usuários foi bastante divergente em relação à distância, ou seja, alguns moravam a uma distância maior e consideravam perto. No entanto, alguns usuários moravam relativamente próximos e consideravam longe.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.2.2 Placas de identificação da Unidade de Saúde

Figura 14 - Placas de identificação da unidade de saúde



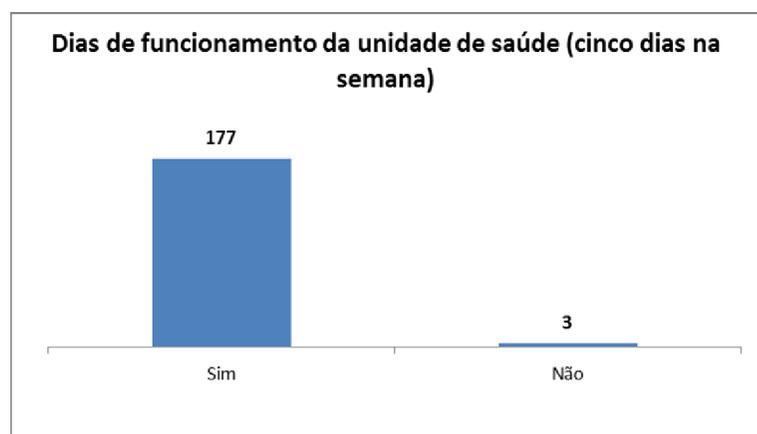
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às placas de identificação da unidade de saúde, 174 usuários (96,7%), afirmaram que as mesmas ajudam a identificar as salas e setores; no entanto, seis usuários (3,3%) acreditam que somente algumas placas proporcionam essa facilidade.

Observou-se que as unidades de saúde possuem placas de identificação no seu interior, facilitando dessa forma, o encontro das salas ou setores por parte dos usuários alfabetizados. Quanto ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.2.3 Dias e períodos de funcionamento da Unidade de Saúde

Figura 15 - Dias de funcionamento da unidade de saúde (cinco dias na semana)



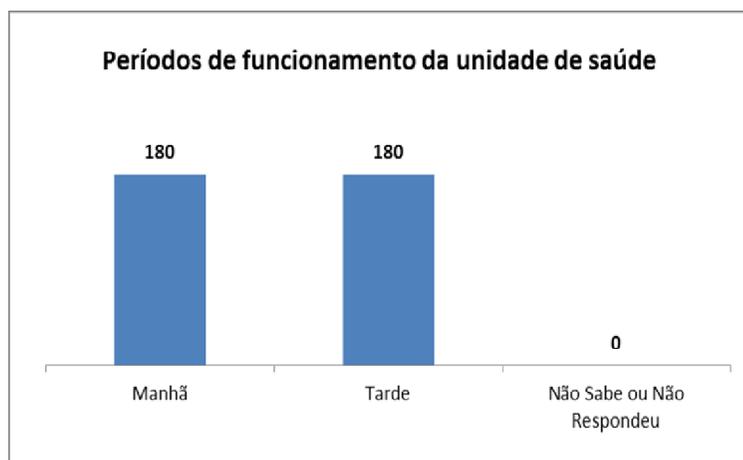
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao funcionamento da unidade de saúde cinco dias por semana, 177 usuários (98,3%) afirmaram que sim e três usuários (1,7%) não.

Acredita-se na possibilidade de confusão dos usuários quanto aos dias de funcionamento das unidades de saúde relacionado ao fato das Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família, foco desse trabalho, disponibilizarem um horário semanal á reunião de equipe, sendo este, nas terças-feiras das 10:00 até as 12:00 horas ou das 13:00 as 15:00 horas, ou seja, com a duração de duas horas, sendo que, o horário escolhido, varia de acordo com a possibilidade das equipes de cada ESF.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

Figura 16 - Períodos de funcionamento da unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

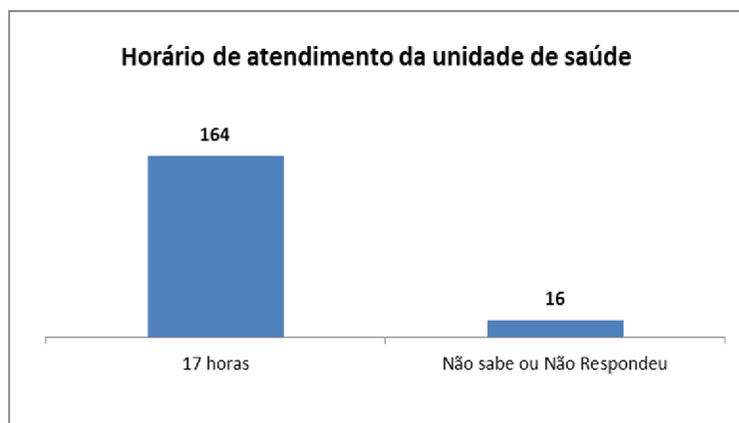
Em relação aos períodos de funcionamento da unidade de saúde, 100% dos usuários afirmaram ser nos períodos matutino e vespertino.

Observa-se desta forma, que a totalidade dos usuários soube responder corretamente aos períodos de funcionamento das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família que atualmente é no período matutino e no período vespertino.

Em relação a este assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão e fundamentação.

5.2.4 Horário de atendimento da Unidade de Saúde e a satisfação das necessidades do usuário

Figura 17 - Horário de atendimento da unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao horário de atendimento da unidade de saúde, 164 usuários (91,1%) disseram que a unidade de saúde atende até às 17 horas e 16 usuários (8,9%) não souberam ou não responderam.

Observa-se desta forma, que a grande maioria dos usuários soube responder corretamente quanto aos horários de funcionamento das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família que atualmente é no período matutino, das 07:00 às 12:00 e no período vespertino, das 13:00 as 17:00 horas.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

Figura 18 - Satisfação das necessidades do usuário quanto ao horário de atendimento



Fonte: Dados da pesquisa.

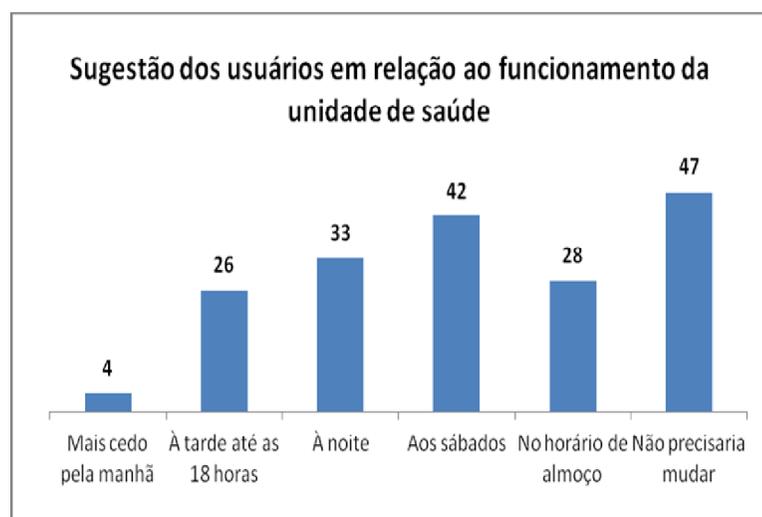
Em relação à satisfação das necessidades do usuário em relação ao horário de atendimento, 151 usuários (83,9%) relataram estar satisfeitos com o horário de funcionamento e 29 usuários (16,1%) afirmaram que o horário atual de funcionamento não atende às suas necessidades.

Observou-se que, durante as entrevistas, os usuários que estão insatisfeitos com o horário de funcionamento, em sua maioria foi trabalhadores que, gostariam que o horário de funcionamento fosse ampliado, facilitando dessa forma, principalmente, o atendimento aos indivíduos que trabalham em horário comercial.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

5.2.5 Sugestão do usuário em relação aos dias e horários de funcionamento da unidade de saúde

Figura 19 - Sugestão dos usuários em relação ao funcionamento da unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à sugestão dos usuários em relação aos dias e horários de funcionamento da unidade de saúde com a finalidade de melhorar e/ou facilitar o atendimento, quatro usuários (2,2%) optaram pelo atendimento mais cedo pela manhã; 26 usuários (14,5%) sugeriram ampliar o atendimento até às 18 horas; 33 usuários (18,3%) optaram por estender o horário de atendimento até a noite; 42 usuários (23,4%) sugeriram incluir o atendimento aos sábados; 28 usuários (15,5%) optaram por manter a unidade funcionando durante o horário de almoço e 47

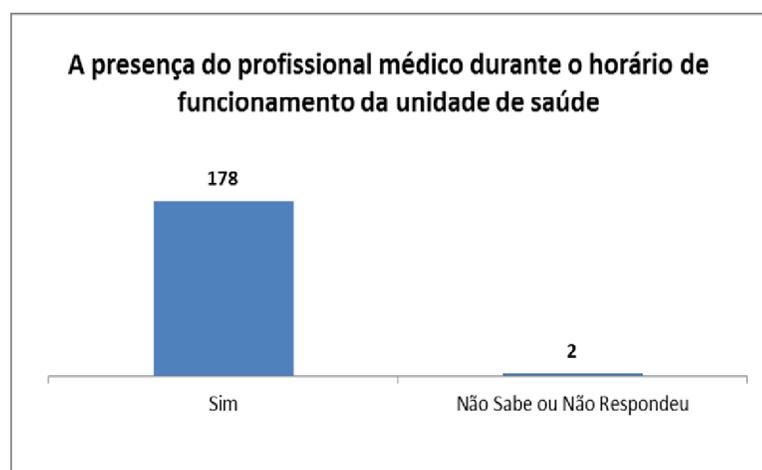
usuários (26,1%) relataram que não precisa mudar, pois estão satisfeitos com o horário atual. Esta última opção “não precisa mudar” não consta entre as opções do instrumento de coleta de dados, a mesma foi inserida diante da citação de vários usuários mencionando essa resposta.

Embora a maioria dos usuários tenha alegado que o horário de funcionamento da unidade de saúde não precisaria sofrer mudança alguma, os usuários sugeriram a abertura aos sábados e no período noturno como forma de melhorar o atendimento, indo ao encontro com o falado anteriormente, onde, alguns trabalhadores poderiam utilizar os serviços de saúde, fora do seu horário de trabalho.

Quanto ao assunto abordado, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão e/ou fundamentação.

5.2.6 A presença do profissional médico durante o horário de funcionamento da unidade de saúde

Figura 20 - A presença do profissional médico durante o horário de funcionamento da unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à presença do profissional médico durante o horário de funcionamento da unidade de saúde, 178 usuários (98,9%) afirmaram que o profissional médico encontra-se presente durante o expediente e dois usuários (1,1%) não souberam ou não responderam.

Embora a maioria dos usuários tenha afirmado que o profissional médico estava presente durante o horário de funcionamento da unidade de saúde,

observou-se que, a grande maioria dos mesmos não estava presente durante todo o horário de expediente.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.2.7 Escolha de profissional para atendimento

Figura 21 - Escolha de profissional para atendimento ao usuário



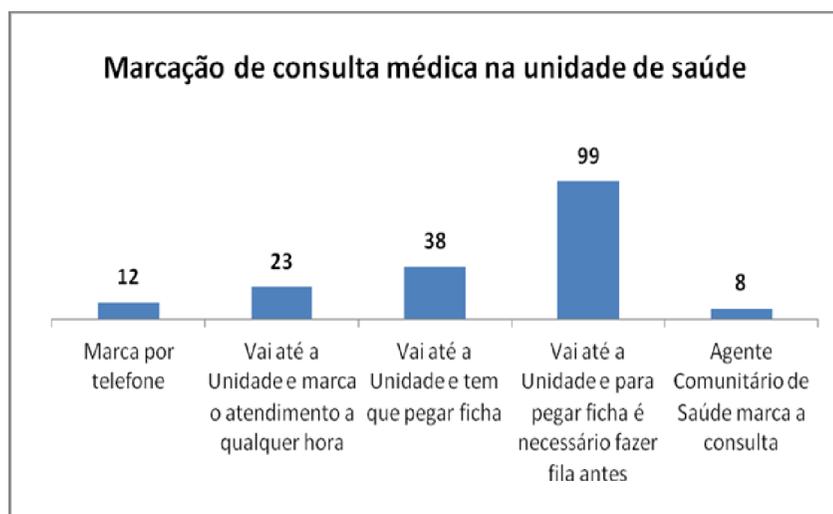
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à escolha do profissional para atendimento, 69 usuários (38,3%) afirmaram ter a possibilidade de escolher o profissional pelo qual serão atendidos; 45 usuários (25%) relataram não escolherem o profissional que os atenderão e 66 usuários (36,7%) não souberam ou não responderam.

Em relação a este tema, não se encontrou resultados de pesquisa ou dados bibliográficos para fundamentação.

5.2.8 Marcação de Consulta Médica na Unidade de Saúde

Figura 22 - Marcação de Consulta Médica na Unidade de Saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à marcação de consulta na unidade de saúde, 12 usuários (6,7%) relataram realizar a marcação via telefone; 23 usuários (12,8%) afirmaram ir até a unidade de saúde a qualquer horário para marcarem a consulta; 38 usuários (21,8%) disseram ir até a unidade de saúde e pegar ficha para posteriormente ser realizada a marcação da consulta; 99 usuários (55%) relataram ir até a unidade de saúde e pegar ficha para marcação de consulta após a realização de fila e 8 usuários (4,4%) afirmaram ter sua consulta marcada ou agendada pelo agente comunitário de saúde.

Fica evidente, a prevalência da necessidade de ir até a unidade de saúde e a formação de filas para pegar número ou ficha para atendimento, embora, algumas unidades de saúde disponibilizem outros meios para marcação de consulta, de acordo com a necessidade e realidade de sua população.

O fato de ter que chegar à unidade ainda de madrugada, muito antes do horário de abertura do serviço para garantir consulta, foi referido por vários usuários. Alguns se mostraram descontentes frente a essa questão, somado a formação de filas, sugerindo a necessidade de pensar em alternativas para modificá-la.

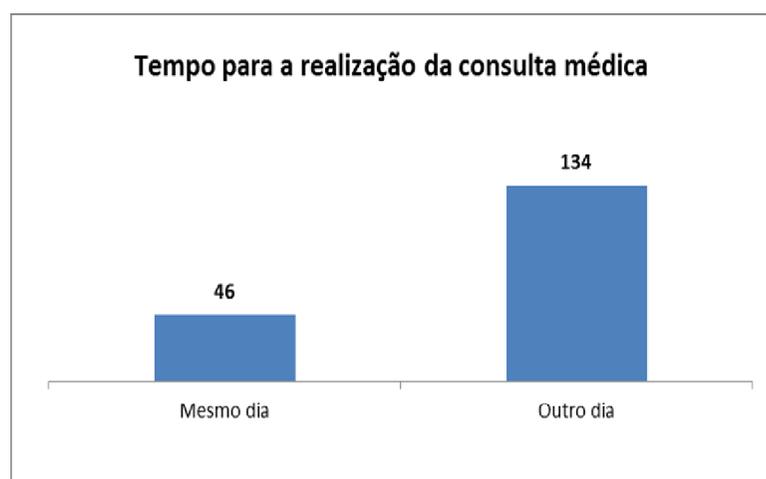
Ainda em relação à marcação de consulta, dos 180 usuários entrevistados com a possibilidade de escolher mais de uma opção da questão 4.2 do instrumento de coleta de dados, 62 usuários afirmaram que a mesma pode ser realizada todos

os dias da semana; 115 usuários responderam que a marcação para consulta médica pode ser realizada em apenas alguns dias da semana; 26 usuários alegaram que a mesma pode ser realizada a qualquer horário do dia; 111 usuários disseram que a marcação de consulta pode ser realizada somente em alguns horários e três usuários não souberam ou não responderam.

Quanto ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas que possibilitassem a discussão.

5.2.9 Tempo para a realização da consulta médica

Figura 23 - Tempo para a realização da consulta médica



Fonte: Dados da pesquisa.

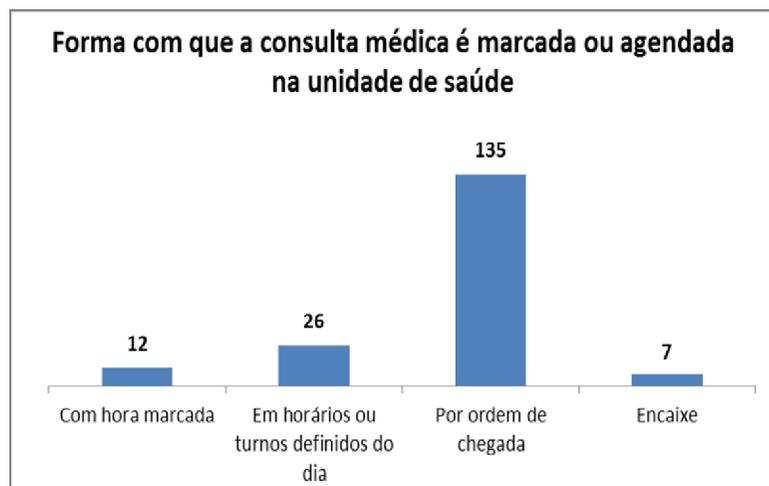
Em relação ao tempo para a realização da consulta médica, 46 usuários (25,5%) afirmaram ser atendidos no mesmo dia e 134 usuários (74,5%) relataram ter consulta agendada para outro dia.

Observou-se que, a maioria dos usuários que conseguiram a consulta médica para o mesmo dia pertence às unidades que disponibilizam um determinado número de consultas diariamente, diferente de outras que abrem a agenda na segunda-feira e marcam consultas para a semana inteira (agenda semanal).

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.2.10 Forma com que a consulta médica é marcada ou agendada

Figura 24 - Forma com que a consulta médica é marcada ou agendada na unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à forma com que a consulta médica é marcada ou agendada, 12 usuários (6,7%) afirmaram que sua consulta médica é realizada através de hora marcada; 26 usuários (14,4%) relataram ter horários e turnos definidos para a realização de sua consulta médica; 135 usuários (75%) disseram ter consulta médica realizada por ordem de chegada à unidade de saúde e sete usuários (3,9%) afirmaram ter consulta médica realizada mediante encaixe.

Observa-se que, a forma com a qual a consulta é marcada ou agendada varia de acordo com a organização de cada unidade de saúde, relacionada com a necessidade coletiva ou individual de sua população, inclusive, marcações para grupos prioritários, tais como, hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e crianças, onde estes têm dias e períodos exclusivos.

Segundo Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto de crise econômica que se instala na última década, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. Observa-se o acesso aberto ou avançado em relação à organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o tempo de espera para a consulta médica. Este sistema

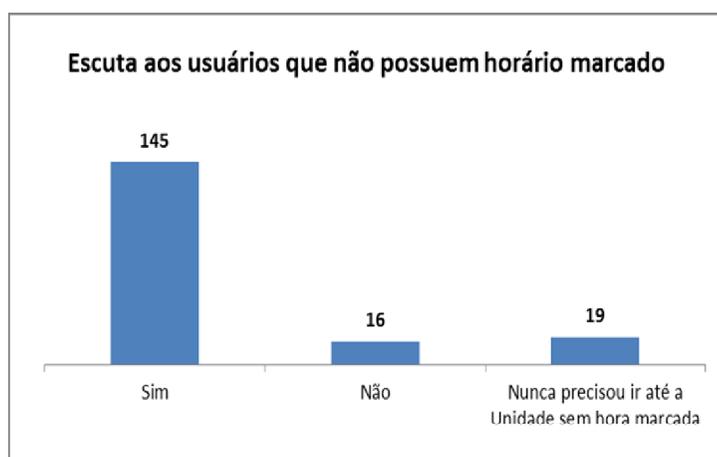
procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que são apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Estudos evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS e apresentam avanços e limites na garantia do seu acesso universal. Os limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde. Porquanto, ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros (TRAVASSOS, FERNANDES e ALMEIDA, 2000).

5.3 ACOLHIMENTO E DEMANDA ESPONTÂNEA

5.3.1 Escuta aos usuários que não possuem horário marcado

Figura 25 - Escuta aos usuários que não possuem horário marcado



Fonte: Dados da pesquisa.

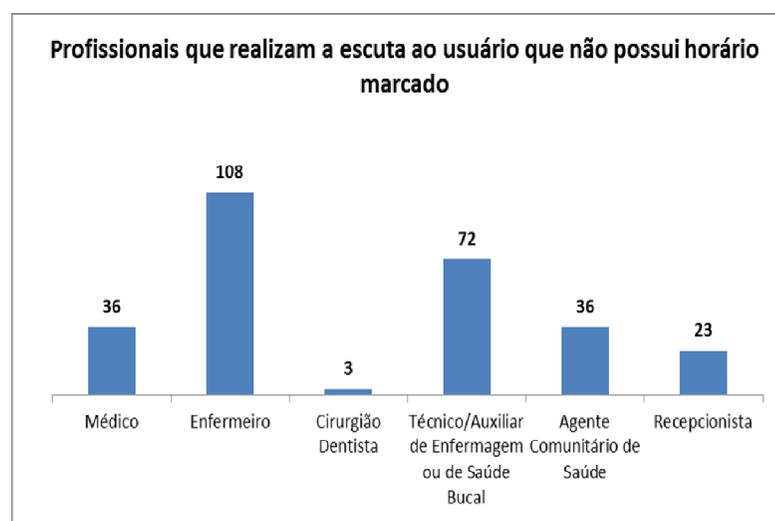
Em relação à escuta aos usuários que não possuem horário marcado, 145 usuários (80,5%) relataram ser atendidos e ouvidos pelos profissionais de saúde com a finalidade de resolver algum problema; 16 usuários (9%) dos usuários disseram não ser ouvidos ou ter resolvido o seu problema e 19 usuários (10,5%) afirmaram nunca precisar utilizar os serviços da unidade de saúde sem horário marcado. Os 16 usuários que responderam não ser ouvidos e os 19 usuários que

afirmaram nunca precisar utilizar os serviços da unidade de saúde sem horário marcado na questão 5.1, foram excluídos das questões 5.2, 5.3 e 5.4 do instrumento de coleta de dados.

Diante dos dados, observou-se que, a maioria dos usuários entrevistados conseguiu ser ouvido por algum profissional de saúde, sem ter horário marcado.

O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo do usuário com o serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, proporcionando aos profissionais conhecerem os seus clientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso (LIMA, 2007).

Figuras 26 - Profissionais que realizam a escuta ao usuário que não possui horário marcado



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos profissionais que realizam a escuta aos usuários que não possuem horário marcado, dos 145 usuários entrevistados com a possibilidade de escolha de mais de uma opção, 36 usuários alegaram que o médico é o profissional que lhes escuta; 108 usuários apontaram o profissional enfermeiro; três usuários citaram o profissional cirurgião dentista; 72 usuários relataram que o técnico/auxiliar de enfermagem é o profissional que lhes escuta; 36 usuários apontaram o agente comunitário de saúde e 23 usuários citaram o (a) recepcionista.

Observa-se dessa forma, que os usuários em sua maioria, conseguem ser ouvidos pelos profissionais de saúde, mesmo sem horário marcado. Ainda, segundo, os usuários, o profissional que realiza esse tipo de atendimento, em sua maioria, é o

profissional enfermeiro, no entanto, grande parte da população entrevistada desconhece os profissionais quanto às categorias da enfermagem, ou seja, confundem o enfermeiro com técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem.

O sentido do acolhimento é fortemente marcado pela perspectiva de incorporação de novas formas de escutar e receber os usuários, dessa forma, para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe. Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

Ainda, segundo Brasil (2011), no trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família. Portanto, é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher e escutar aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer outro isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Entretanto, também é limitado discutir a sua implementação apenas com os profissionais que constituem a equipe mínima da Saúde da Família, excluindo aqueles que, porventura, atuem na unidade de saúde.

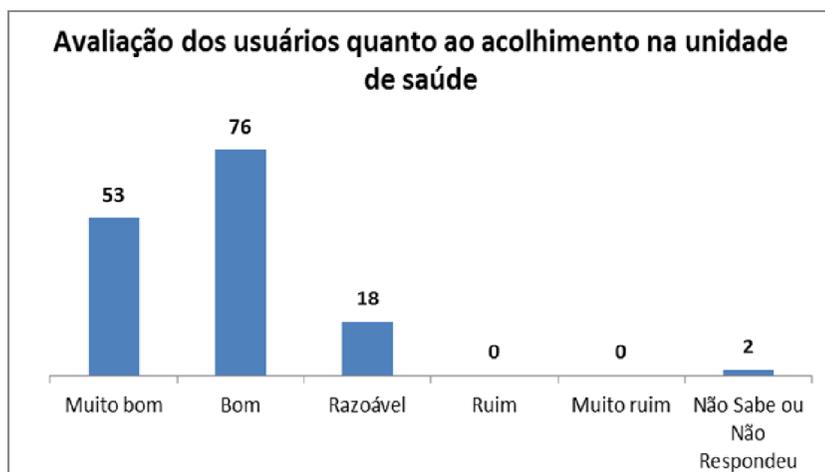
5.3.2 Tempo de espera do usuário para conversar com algum profissional de saúde

A média de tempo de espera do usuário para conversar com algum profissional de saúde desde o seu horário de chegada foi de 11.7 minutos, sendo que, o menor tempo foi de dois minutos e o maior de 30 minutos. Este tempo varia de acordo com o número de profissionais disponíveis e a quantidade de usuários aguardando atendimento.

Em relação a este tema, não foram encontrados resultados de pesquisa disponíveis para embasamento.

5.3.3 Avaliação dos usuários quanto ao acolhimento

Figura 27 - Avaliação dos usuários quanto ao acolhimento na unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à avaliação dos usuários quanto à forma como é acolhido ou recebido ao procurar o serviço, 53 usuários (35,5%) disse ser muito bom; 76 usuários (51%) afirmaram ser bom; 18 usuários (12%) relataram ser razoável e dois usuários (1,4%) não souberam ou não responderam.

Neste caso cabe uma reflexão sobre a concepção de acolhimento por parte dos usuários, no entanto, fica evidente a satisfação de quase 90% dos usuários com a forma como são recebidos no serviço.

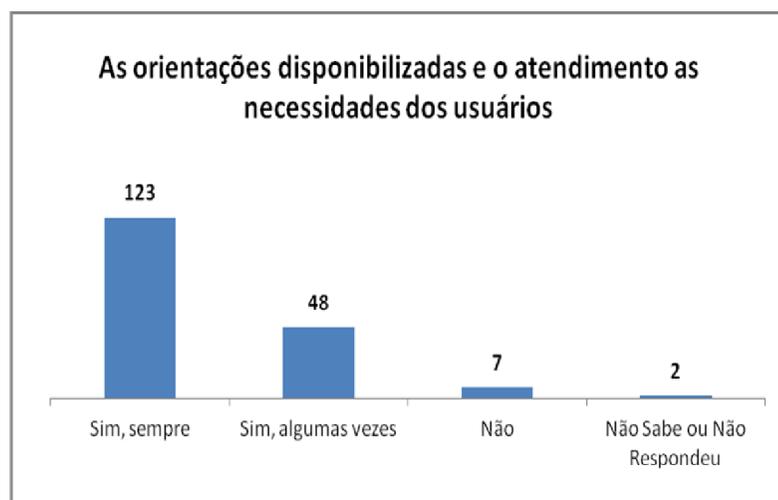
Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. A avaliação pelos usuários, permitindo ouvir sua opinião sobre os serviços prestados em função de suas necessidades e expectativas, é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços de saúde. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento (RAMOS e LIMA, 2003).

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e pode constituir diretriz para o estabelecimento de um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, tornando-se, assim, tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso

universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO, 1999 apud LIMA et al, 2007).

5.3.4 As orientações disponibilizadas e o atendimento as necessidades do usuário

Figura 28 - As orientações disponibilizadas e o atendimento as necessidades dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

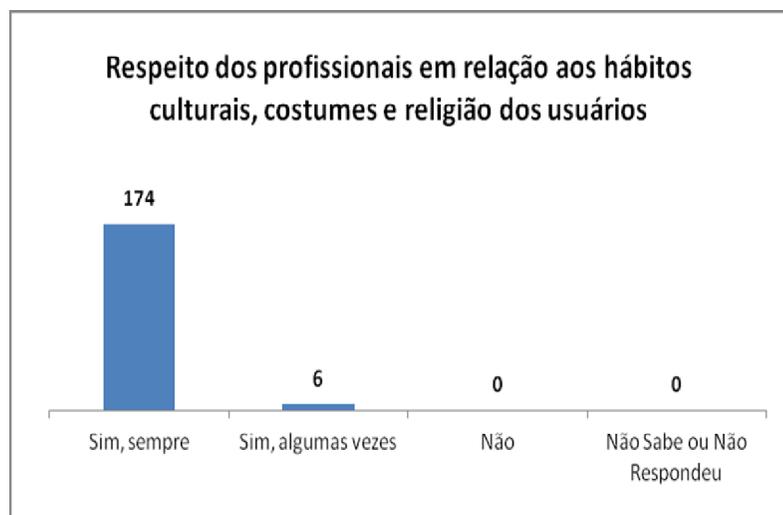
Em relação às orientações disponibilizadas pelos profissionais de saúde da unidade e o atendimento as necessidades dos usuários, 123 usuários (68,8%) responderam sim, sempre; 48 usuários (26,2%) relataram ter algumas vezes; sete usuários (3,9%) disseram não, ou seja, ter recebido orientações que não atenderam as suas necessidades e dois usuários (1,1%) não souberam ou não responderam.

Embora se tenha observado que, a maioria dos usuários está satisfeita com as orientações disponibilizadas pelos profissionais de saúde em relação as suas necessidades, a mensuração da qualidade desta satisfação fica difícil, visto que esta pesquisa tem abordagem quantitativa.

Quanto ao assunto abordado, não foram encontrados dados ou pesquisas que possibilitassem a discussão.

5.3.5 Respeito dos profissionais em relação aos hábitos culturais, costumes e religião dos usuários

Figura 29 - Respeito dos profissionais em relação aos hábitos culturais, costumes e religião dos usuários



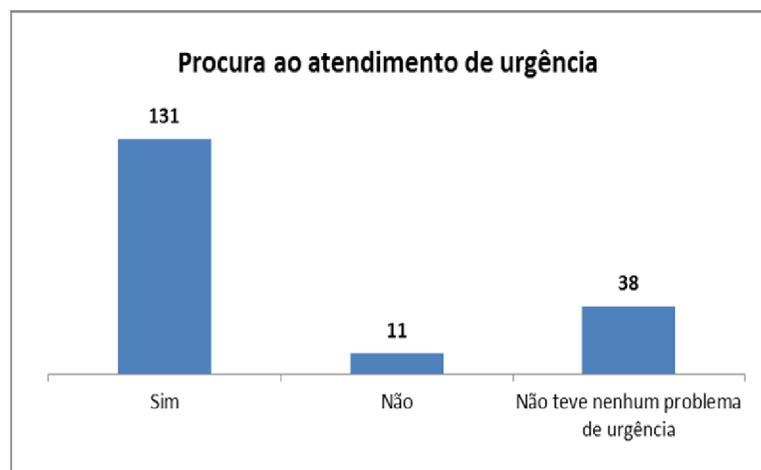
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à avaliação dos usuários em relação ao sentimento de respeito dos profissionais para com os seus hábitos culturais, costumes e religião, 174 usuários (96,7%) responderam que sim, sempre, ou seja, até o momento e em todos os atendimentos se sentiram respeitados e seis usuários (3,3%) afirmaram que sim, algumas vezes, sentiram-se respeitados pelos profissionais de saúde. Nenhum usuário citou as respostas não ou não sabe/ não respondeu. Evidencia-se, portanto, o respeito dos profissionais de saúde em relação aos hábitos culturais, religião e outros que, segundo alguns usuários tornam a relação entre profissional e paciente mais harmoniosa.

A valorização da vida, o cuidado do ser humano do ponto de vista integral e o respeito à individualidade representam aspectos fundamentais na atuação dos profissionais de saúde, especialmente em um país como o Brasil, repleto culturalmente e representado por uma complexa configuração social (DAL-FARRA e GEREMIA, 2010).

5.3.6 Atendimento de Urgência

Figura 30 - Procura ao atendimento de urgência

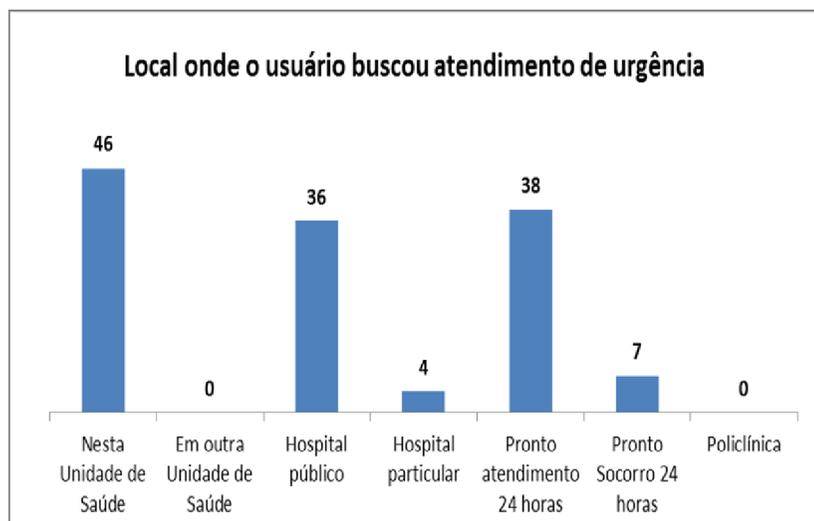


Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação á procura de atendimento quanto à presença de algum problema de saúde considerado urgente pelo usuário, 131 usuários (72,8%) referiram procurar atendimento; 11 usuários (6,1%) afirmaram não procurar atendimento de urgência e 38 usuários entrevistados (21,1%) disseram não ter até o momento da realização da entrevista, nenhum problema de saúde considerado urgente.

Em relação à questão de urgência, fica difícil a discussão e a avaliação desta, pois os usuários não conseguem destiguir ao certo quais situações são de fato urgência, somado ao fato das unidades de saúde não possuírem também nenhum protocolo ou avaliação padrão para classificação de urgência e emergência. Além disso, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização desta discussão.

Figura 31 - Local onde o usuário buscou atendimento de urgência



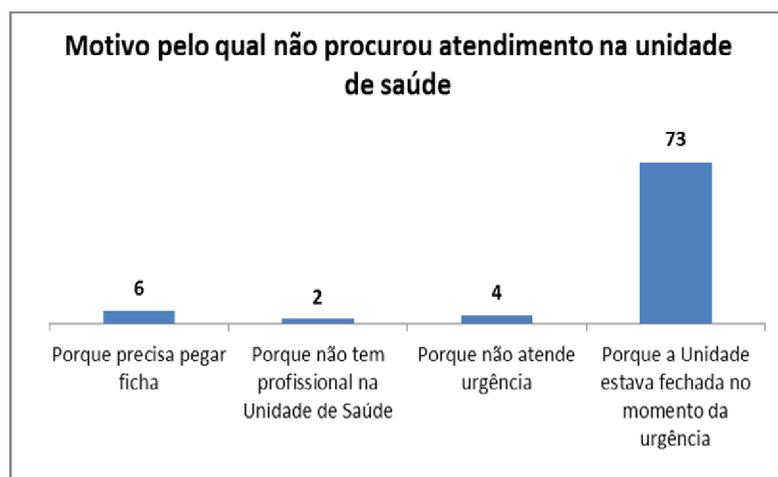
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao local de busca de atendimento de urgência pelos usuários, 46 usuários (35,1%) afirmaram procurar atendimento primeiramente em sua unidade de saúde; 36 usuários (27,5%) disseram procurar atendimento em hospital público; quatro usuários (3%) relataram buscar atendimento em hospital particular; 38 usuários (29%) disseram procurar atendimento em pronto atendimento 24 horas e sete usuários (5,3%) afirmaram buscar atendimento em pronto socorro 24 horas. Nenhum dos usuários entrevistados referiu buscar atendimento em policlínicas ou em outras unidades de saúde. Responderam ao todo, 131 usuários que procuraram atendimento de urgência.

Percebe-se que, a maioria dos usuários procura atendimento de urgência na unidade de saúde, pronto atendimento ou hospital público, nesse caso, em hospitais que realizavam os atendimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um estudo realizado na Emergência de Adultos de um hospital geral constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção básica, não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde (FURTADO, ARAÚJO e CALVACANTI, 2004).

Figura 32 - Motivo pelo qual o usuário não procurou o atendimento de urgência na unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao motivo pelo qual os usuários buscaram outros serviços ao invés de procurar a unidade de saúde de seu bairro, seis usuários (7%) afirmaram que foi devido à necessidade de pegar ficha; dois usuários (2,3%) revelaram que o motivo pelo qual não buscaram o atendimento de urgência foi a falta de profissional na unidade de saúde; quatro usuários (4,7%) responderam que foi devido ao fato de não ter atendimento à urgência e 73 usuários (85,5%) disseram que a situação de urgência ocorreu fora do horário de funcionamento da unidade de saúde, portanto a mesma encontrava-se fechada.

Diante dos dados obtidos, observou-se que, a maioria dos usuários que buscaram atendimento de urgência em outros locais, que não em sua unidade de saúde, o fizeram devido à situação de urgência ocorrer em dias ou horários em que a unidade de saúde encontrava-se fechada.

Responderam ao todo, 85 usuários que procuraram atendimento de urgência em outros locais que não a sua unidade de saúde na questão 5.8 do instrumento de coleta de dados.

Nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentando avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o acolhimento e

encaminhamento de pacientes para os demais níveis do sistema quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço. No entanto, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (GARLET et al, 2009).

5.3.7 Atendimento de urgência na unidade de saúde sem consulta marcada

Figura 33 - Realização do atendimento de urgência na unidade de saúde sem consulta marcada



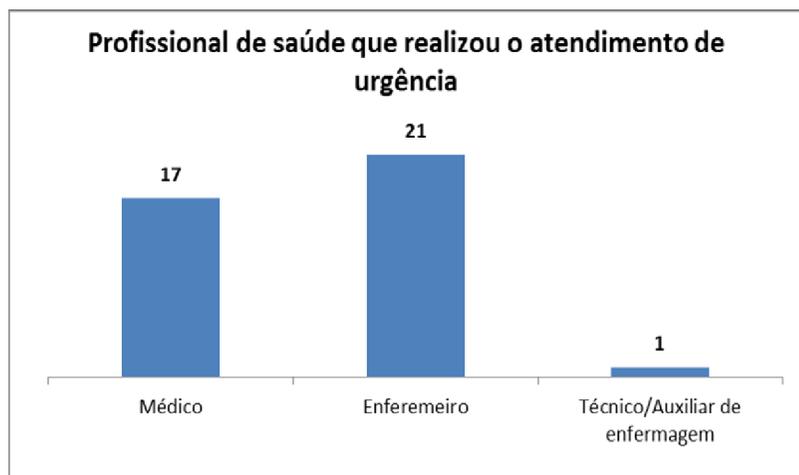
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à realização de atendimento de urgência na unidade de saúde sem consulta marcada, 39 usuários relataram ser atendidos e sete usuários (15,2%) afirmaram não ter sido atendido.

Percebe-se que, a grande maioria dos usuários teve atendimento de urgência mesmo sem ter horário marcado ou agendado. No entanto, cabe ressaltar que, a concepção de urgência é relativo a cada usuário, isso também se agrega ao fato de que muitas unidades de saúde não possuem protocolos que classifiquem situações de urgência e emergência.

A média de tempo de espera para o atendimento de urgência do usuário foi de 18 minutos, sendo o menor tempo um minuto e o maior tempo 40 minutos. A média foi calculada mediante a resposta dos 46 usuários que procuram atendimento de urgência em sua unidade de saúde na questão 5.8 do instrumento de coleta de dados.

Figura 34 - Profissional de saúde que realizou o atendimento de urgência



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao profissional que realizou o atendimento de urgência, 17 usuários (43,6%) relatou serem atendidos pelo profissional médico; 21 usuários (53,8%) disseram ser atendidos pelo profissional enfermeiro e um usuário (2,6%) afirmou ser atendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem. Responderam ao todo, 39 usuários que procuram atendimento de urgência em sua unidade de saúde e foram atendidos.

Observou-se que, a maioria dos atendimentos de situações de urgência foi realizada pelos profissionais enfermeiros ou médicos, no entanto, ainda percebe-se a falta de discernimento por parte dos usuários quanto às classes da enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), dificultando, portanto, a validação dos dados referentes ao profissional que realizou os atendimentos de urgência nas unidades de saúde pesquisadas.

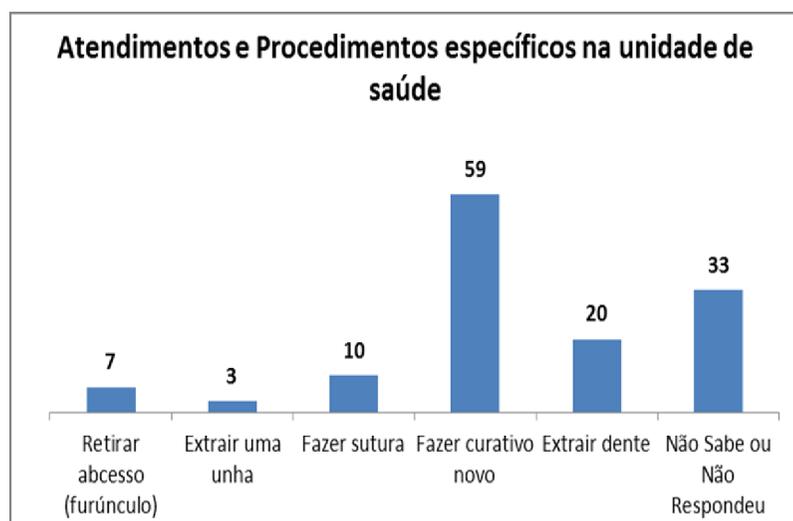
A percepção de sinais e sintomas como urgentes é um fator decisivo para a utilização dos serviços de saúde, pois é a partir disso que os usuários elaboram mecanismos e ações para recuperação da saúde. A escolha do serviço a ser utilizado se dá conforme a percepção do usuário do que é grave ou não, bem como

pela possibilidade de acesso e capacidade resolutiva do serviço cogitado para atendimento (MARQUES e LIMA, 2007).

Os usuários buscam serviços que ofereçam vantagens que podem estar relacionadas a diversos fatores, como aos horários de atendimento, à qualidade da oferta, assim como à distância percorrida, uso de meios de transporte e tempo decorrido até o serviço. Nas situações consideradas urgentes o fator tempo é determinante da tomada de decisão de qual serviço deva ser usado, modulando o tipo de demanda e o serviço a ser consumido (PASARIN et al, 2006 apud ABREU et al, 2012).

5.3.8 atendimentos e Procedimentos específicos na unidade de saúde

Figura 35 - atendimentos e Procedimentos específicos realizados na unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à realização de atendimentos e procedimentos específicos na unidade de saúde, sete usuários disseram ter realizado a retirada de abscesso (furúnculo); dois usuários relataram ter extraído unha; dez usuários afirmaram ter realizado sutura; 59 usuários disseram ter feito curativo novo; 21 usuários relataram ter realizado extração de dente e 33 usuários não souberam ou não responderam.

Ressalta-se que na questão 5.13 do instrumento de coleta de dados, os usuários entrevistados puderam assinalar mais de uma opção.

Quanto à realização de atendimentos e procedimentos específicos, percebeu-se que, o instrumento de coleta de dados limitou as respostas dos

usuários, oferecendo poucas opções quando comparada a quantidade de serviços, atendimentos e procedimentos disponíveis nas unidades de saúde.

O acolhimento é uma diretriz operacional que parte dos seguintes princípios: "1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania" (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003).

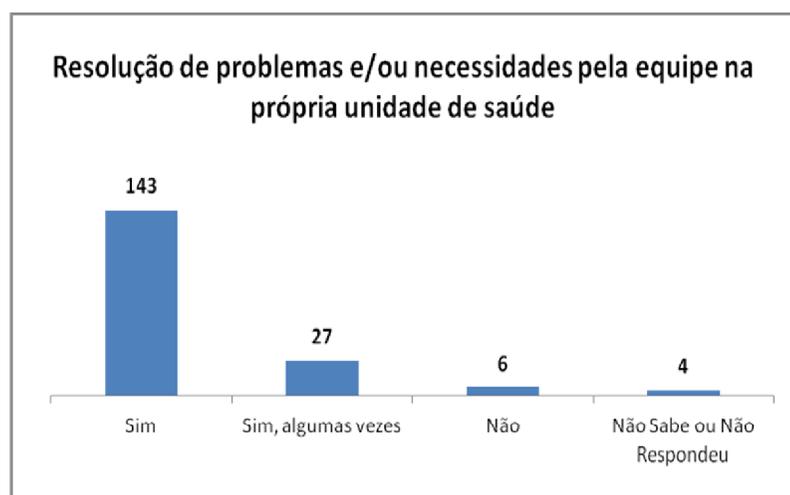
O atual modelo de atenção à saúde demanda esforços, compromisso e criatividade para implementação do acolhimento, sendo fundamental integrar trabalhador e usuário, os múltiplos saberes, conciliando as diferenças, com a finalidade de incluir a voz do outro. Nesse sentido, "acolher é, pois, encontrar outra forma de lidar com a diferença. O contato com o diferente é a possibilidade de aprender algo novo, é a possibilidade real de expandir meu mundo" (TEIXEIRA, 2007 apud VIEIRA e DOS SANTOS, 2011).

O acolhimento, na ESF, desvela-se como uma ação fundamental para a política de humanização da atenção à saúde, pois possibilita priorizar as situações de maior vulnerabilidade biológicas, econômicas e social. O acolhimento potencializa o processo de educação em saúde, do exercício e da construção da cidadania, produzindo ações usuário-centradas (BRASIL, 2004).

5.4 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

5.4.1 Resolução de problemas e/ou necessidades pela equipe na própria unidade de saúde

Figura 36 - Resolução de problemas e/ou necessidades pela equipe na própria unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à resolução de problemas e/ou necessidades pela equipe na própria unidade de saúde, 143 usuários (79,4%) responderam que durante os atendimentos, a equipe buscou sim resolver os seus problemas ou necessidades; 27 usuários (15%) afirmaram que somente em algumas vezes os profissionais buscaram resolver; seis usuários (3,3%) disseram que a equipe não procurou resolver seus problemas e/ou necessidades e quatro usuários (2,3%) não souberam ou não responderam.

Pôde-se observar que a maioria dos usuários tiveram seus problemas resolvidos ou necessidades supridas pela equipe de saúde. De fato, cabe ressaltar que a avaliação da qualidade e eficácia desse suprimento fica difícil, pois a presente pesquisa possui abordagem quantitativa.

Não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis em relação ao assunto para a realização desta discussão.

5.4.2 Privacidade nos consultórios

Figura 37 - Privacidade nos consultórios



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à privacidade nos consultórios, 171 usuários (95%) afirmaram que o consultório é sim um local onde há privacidade durante os atendimentos; oito usuários (4,5%) relataram que o consultório não é um local privativo e apenas um usuário (0,5%) não soube ou não respondeu.

Durante a realização das entrevistas, os usuários alegaram descontentamento com a entrada de outros profissionais da equipe de saúde no consultório durante a realização de sua consulta, alegando ser este, um fator impediante na manutenção da privacidade.

Por privacidade entende-se que as informações reveladas na relação profissional devem ser mantidas em segredo e somente divulgadas quando autorizadas por quem as revelou. Não está, necessariamente, vinculada ao contato entre informante e ouvinte, sendo que a informação pode ser obtida por uma ou mais pessoas no âmbito do trabalho, em função do atendimento ao paciente, mas devendo, ainda assim, ser preservada, respeitando-se o direito do usuário (SEOANE e FORTES, 2009).

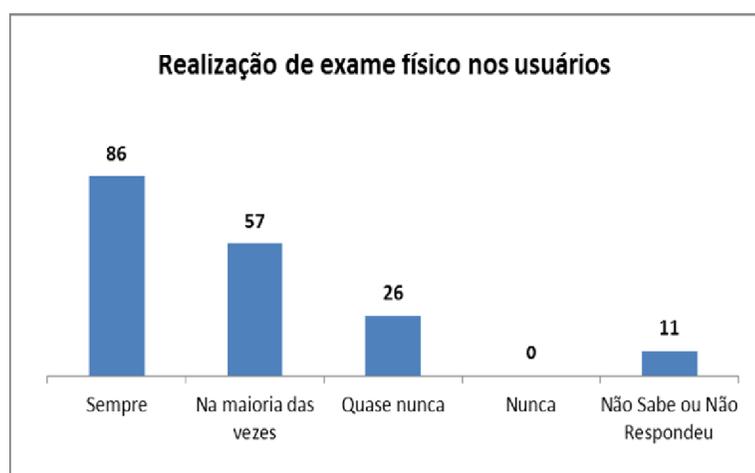
Fortes (1998, apud Seoane e Fortes, 2009) relaciona a privacidade à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, cabendo ao paciente à decisão sobre a divulgação de informações sobre seu estado de saúde.

A confidencialidade é tanto um direito do paciente quanto uma obrigação do profissional de saúde. Pode ser definida como um tipo de privacidade informacional e está presente na assistência à saúde quando uma informação é

revelada para o profissional no contexto da relação clínica e este, ao tomar ciência dela, compromete-se a não divulgá-la para terceiros partes sem a permissão do informante. A confidencialidade não é prerrogativa de pacientes adultos. Aplica-se a todas as faixas etárias, como consequência de direitos éticos e legais à privacidade, os quais limitam o acesso de terceiros a um âmbito privado e íntimo da pessoa, seja através de contato físico ou da revelação de informações, fatos ou sentimentos (LOCH, CLOTET e GOLDIM, 2007).

5.4.3 Realização de exame físico

Figura 38 - Realização do exame físico nos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à realização de exame físico durante as consultas, 86 usuários (47,8%) afirmaram terem sido examinados; 57 usuários (31,7%) disseram terem sido examinados na maioria das vezes; 26 usuários (14,4%) relataram quase nunca terem sido examinados e 11 usuários (6,1%) não souberam ou não responderam. Nenhum usuário relatou nunca ter sido examinado.

Observou-se mediante relatos de alguns usuários que os mesmos gostariam de ser examinados fisicamente em todas as consultas médicas. Ainda em relação a isso, parte dos usuários disse que, o exame físico é realizado somente nas primeiras consultas.

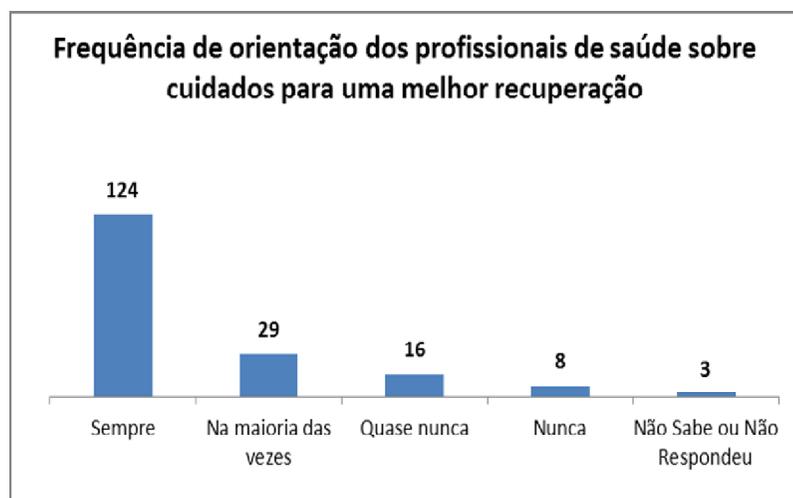
O exame físico é uma prática/conduita essencial para o diagnóstico de doenças, bem como também, na identificação de outros problemas ou anormalidades dos indivíduos. É através da realização deste, juntamente com

levantamento de informações, mediante relatos do paciente que, são baseados os planos de cuidado e disponibilizados as demais orientações.

O exame físico consiste na realização de uma entrevista e na aplicação de algumas técnicas em diferentes sistemas orgânicos. A finalidade da entrevista, da aplicação das técnicas e da observação, é coletar dados sociais, físicos e biológicos acerca do paciente, possibilitando ao profissional a detecção de possíveis problemas e o estabelecimento de medidas de precaução, prevenção, manutenção ou recuperação da saúde (VIANA e PETENUSSO, 2007).

5.4.4 Frequência de orientação sobre cuidados para uma melhor recuperação

Figura 39 - Frequência de orientação dos profissionais sobre cuidados para uma melhor recuperação



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à frequência de orientação pelos profissionais de saúde sobre os cuidados para uma melhor recuperação, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada e outros 124 usuários (68,9%) disseram ser orientados sempre; 29 usuários (16,1%) afirmaram receber este tipo de orientação na maioria das vezes; 16 usuários (8,9%) relataram quase nunca serem orientados sobre esse aspecto; oito usuários (4,4%) afirmaram nunca ter recebido esse tipo de orientação e três usuários (1,7%) não souberam ou não responderam.

Embora a maioria dos entrevistados tenham recebido frequentemente informações referentes aos cuidados que devem tomar para uma melhor recuperação, prevenção ou manutenção, alguns destes relataram não seguir

corretamente todas as orientações passadas, em especial, quanto à mudança dos hábitos alimentares ou ainda, quanto à inclusão da prática da atividade física.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.4.5 Orientação a respeito dos sinais de melhora ou piora

Figura 40 - Orientação dos profissionais de saúde a respeito dos sinais de melhora ou piora dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às orientações pelos profissionais da equipe de saúde durante as consultas, sobre os sinais que indicam melhora ou piora, 81 usuários (45%) afirmaram receber tais orientações sempre; 35 usuários (19,4%) relataram receber na maioria das vezes este tipo de orientação; 33 usuários (18,3%) afirmaram quase nunca receber orientação desse tipo; 24 usuários (13,3%) disseram nunca ter recebido tais orientações e sete usuários (3,9%) não souberam ou não responderam.

O conhecimento dos usuários quanto aos sinais de melhora ou piora é imprescindível, visto que, estes nortearão a continuação ou não, do plano terapêutico passado pelos profissionais de saúde.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de fundamentação.

5.4.6 Anotação em prontuário

Figura 41 - Anotação dos profissionais de saúde em prontuário



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à realização de anotação no prontuário durante as consultas, 177 usuários (98,3%) disseram observar as anotações terem sido realizadas e três usuários (1,7%) afirmaram terem observado as anotações serem realizadas somente algumas vezes. Nenhum usuário respondeu “não” para esta questão, ou optou por “não sabe ou não respondeu”.

Embora a quase totalidade dos usuários tenham observado a realização da anotação dos profissionais de saúde em prontuário, os mesmos demonstraram desconhecer o conteúdo e a relevância destas anotações.

Segundo Oselka (2002), o prontuário ou registro em saúde é definido como documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

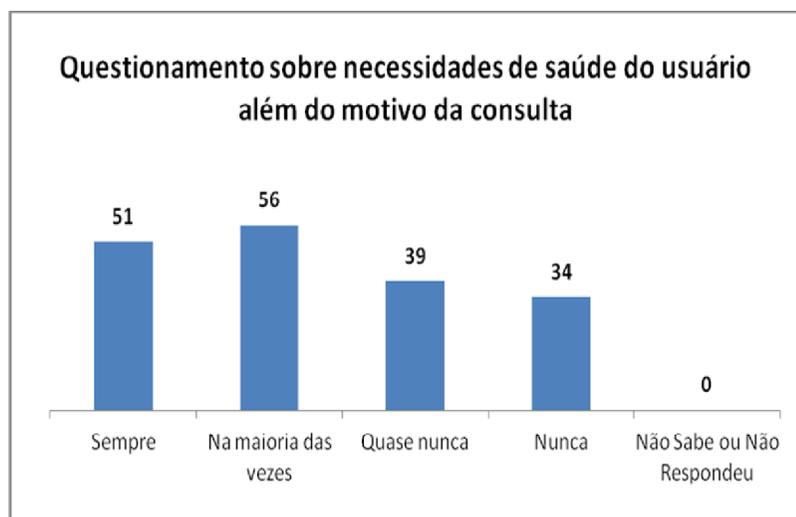
A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos pacientes. O mesmo é imprescindível para a decisão clínica e gerencial e ao apoio à pesquisa e formação profissional. Atualmente o registro é considerado um critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, ou seja, a qualidade dos registros efetuados é

reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo este, ponto chave na informação acerca do processo de trabalho (MORAES, 2002).

Segundo Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008), o mesmo destina-se ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais. Os usuários dos prontuários são, portanto, os profissionais diretamente envolvidos na prestação do cuidado e na gestão, pesquisadores, docentes, alunos do campo da saúde e o próprio paciente. Todos os registros preenchidos e organizados de forma a permitir sua localização, leitura e identificação de autoria deverão ser completos, acurados, objetivos e concisos. Dessa forma, potencializam o uso de bases de dados administrativas, que têm prontuários como fonte de dados, na avaliação da qualidade da assistência à saúde.

5.4.7 Questionamento sobre necessidades de saúde do usuário além do motivo da consulta

Figura 42 - Questionamento sobre necessidades de saúde do usuário além do motivo da consulta



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao questionamento sobre necessidades de saúde do usuário além daquelas relacionadas com o motivo da consulta, 51 usuários (28,3%) relataram ser questionados sempre; 56 usuários (31,1%) afirmaram serem questionados na maioria das vezes, 39 usuários (21,7%) disseram quase nunca serem questionados

a respeito de outras necessidades de saúde e 34 usuários (18,9%) relataram nunca terem sido questionados em relação a outras necessidades.

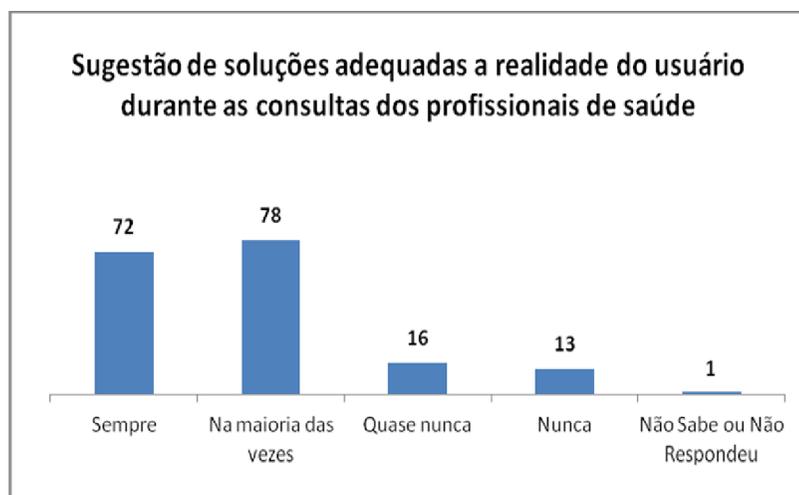
Acredita-se que, o questionamento dos profissionais de saúde a respeito de outras necessidades dos usuários além do motivo real da consulta, possibilita a obtenção de informações subjetivas que podem influenciar diretamente no processo saúde-doença do indivíduo, família ou coletividade.

Segundo Noronha e Lima Filho (2011), a ESF tem se constituído como projeto dinamizador do SUS, pela evolução histórica de organização do sistema de saúde no Brasil. Ela requer reorganização e alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes no cotidiano dos profissionais. As relações de trabalho e a formação dos profissionais de saúde são complexas e determinantes na qualificação da Atenção Básica.

O saber do trabalhador é um saber socialmente construído, produto de sua práxis (reflexão-ação) engendrada numa perspectiva em que são inseparáveis os aspectos intelectuais e manuais. A formação como processo de elaboração do conhecimento se constrói no caráter dialético e consciente em torno do poder e da resistência que revestem seus saberes. Assim, os principais desafios para os profissionais de saúde residem em superar visões reducionistas e monolíticas acerca de categorias como cultura, educação, trabalho e religião (NORONHA e LIMA FILHO, 2011).

5.4.8 Sugestão de soluções adequadas à realidade do usuário durante as consultas dos profissionais de saúde

Figura 43 - Sugestão de soluções adequadas à realidade do usuário durante as consultas dos profissionais de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à sugestão de soluções adequadas a realidade do usuário durante as consultas dos profissionais de saúde, 72 usuários (40%) afirmaram ter recebido esse tipo de sugestão, 78 usuários (43,3%) relataram ter recebido na maioria das vezes, 16 usuários (8,9%) disseram quase nunca terem recebido, 13 usuários (7,2%) afirmaram nunca terem recebido e um usuário (0,5%) não soube ou não respondeu.

Supõe-se que os profissionais de saúde da ESF por estarem mais próximas das famílias, conheçam melhor a situação dos indivíduos, podendo esta forma, disponibilizar sugestões mais adequadas à realidade destes, até mesmo pela possibilidade de vínculo e maior comunicação.

A comunicação constitui-se em um fenômeno sócio-histórico de ações cotidianas do viver, de modo a produzir relações recíprocas entre os indivíduos por meio da troca de significados construídos no contexto das interações humanas. Tais significados representam a decodificação dos signos com base na referência do contexto de interação. Assim, os signos são representações que constituem o significante e atribuem seus significados imbricados em uma existência única (MARTINO, 2009).

A continuidade da interação está sobre influência do grau de interpretação dos interlocutores (emissor e receptor) e tem como componentes a familiaridade, a competência e o conhecimento constituído da interpretação momentânea da realidade (SILVA, 2005).

Para Cardoso et al (2011), o processo comunicacional deve ser um impulso na direção da realização de um cuidado integral em saúde. Para tanto, a assistência desenvolvida na estratégia Saúde da Família necessita intervir na tomada de decisões, nas perturbações interacionais e no enfrentamento dos problemas da clientela, a fim de solucioná-los ou amenizá-los. Assim, o foco do cuidado estará dirigido a propiciar os caminhos e a descoberta de recursos locais, o que produz crescimento e apoio mútuo entre os profissionais e clientes em busca de um maior nível de saúde.

O cuidado dos clientes e de seus familiares deve ser desenvolvido de forma a apreender além do verbalizado, exigindo dos profissionais uma postura que os impulsiona a buscar nas entrelinhas, como também de ser sensível e assumir, em alguns momentos do processo comunicacional, a função de ouvinte, na intenção de compreender o implícito (PONTES, LEITÃO e RAMOS, 2008).

Para o alcance dessa compreensão, torna-se primordial entender que o conhecimento não é estático, mas, ao contrário, ele é dinâmico em uma sociedade na qual as mensagens produzidas perpassam por um prisma constituído de interpretações que os indivíduos produzem em cada momento de seu viver. Assim, comunicar não é apenas trocar informações. É agir, interferir na ação e modificar atitudes em diferentes escalas (MARTINO, 2009).

5.5 VÍNCULO, RESPONSABILIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

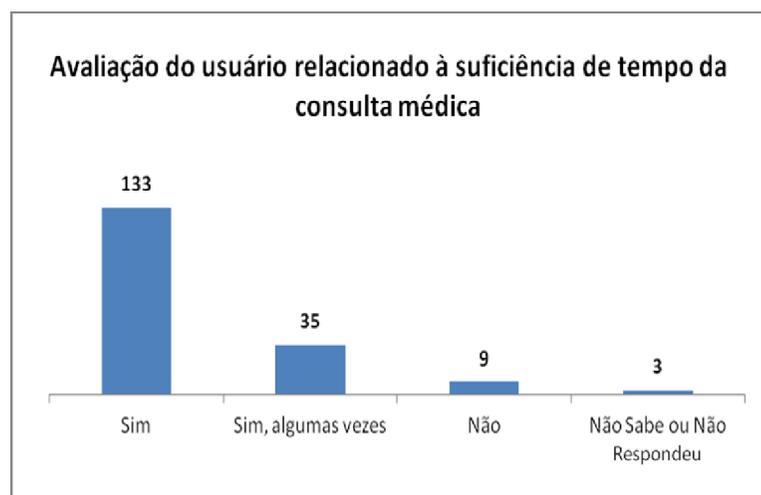
5.5.1 Avaliação do usuário relacionado à consulta médica – tempo e suficiência deste

A média do tempo de duração da consulta médica foi de 17 minutos, sendo respectivamente o menor tempo 10 minutos e o maior 30 minutos.

Ressalta-se que, dos 180 usuários entrevistados, 14 usuários (7,7%) não souberam ou não responderam esta questão.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

Figura 44 - Avaliação do usuário relacionado à suficiência de tempo da consulta médica



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à avaliação dos usuários relacionados à suficiência de tempo disponibilizado para a expressão de preocupações ou problemas dos mesmos durante a consulta médica, 133 usuários (73,9%) afirmaram que o tempo disponibilizado foi suficiente; 35 usuários (19,4%) relataram que somente em algumas vezes o tempo disponibilizado foi suficiente; nove usuários (5%) disseram que o tempo disponibilizado não foi suficiente e três usuários (1,7%) não souberam ou não responderam.

O tempo disponibilizado à consulta médica e a suficiência deste pode variar de acordo com a necessidade de cada indivíduo, ficando difícil, portanto, a estipulação de um determinado tempo para a realização das consultas.

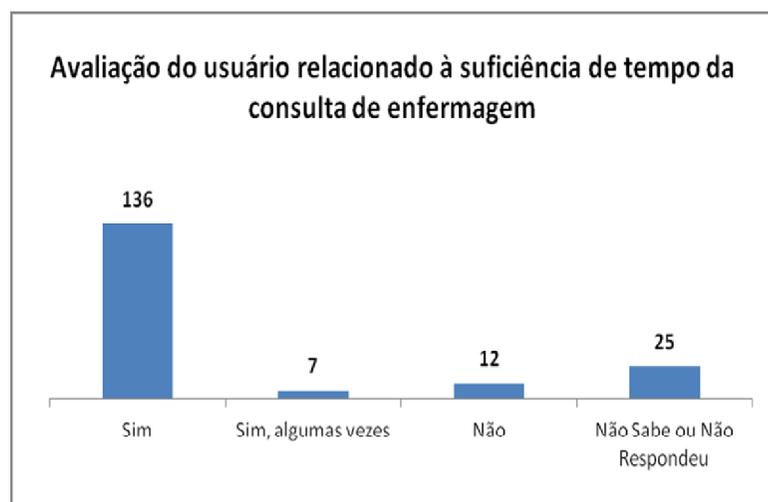
Quanto ao assunto abordado, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para discussão.

5.5.2 Avaliação do usuário relacionado à consulta de enfermagem – tempo e suficiência deste

A média do tempo de duração da consulta de enfermagem foi de 16 minutos. Ressalta-se que, dos 180 usuários entrevistados, 39 usuários (21,6%) não souberam ou não responderam esta questão.

Quanto ao presente tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

Figura 45 - Avaliação do usuário relacionado à suficiência de tempo da consulta de enfermagem



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à avaliação dos usuários referente à suficiência de tempo disponibilizado para a expressão de preocupações ou problemas dos mesmos durante a consulta de enfermagem, 136 usuários (75,5%) afirmaram que o tempo disponibilizado foi suficiente; sete usuários (3,9%) relataram que somente em algumas vezes o tempo disponibilizado foi suficiente; 12 usuários (6,7%) disseram que o tempo disponibilizado não foi suficiente e 25 usuários (13,9%) não souberam ou não responderam.

O tempo disponibilizado à consulta de enfermagem e a suficiência deste pode variar de acordo com a necessidade de cada indivíduo e a disponibilidade de tempo e de material para o profissional, ficando difícil, portanto, a estipulação de um tempo máximo ou mínimo para a realização das consultas.

A consulta de enfermagem é proposta como exemplo de aplicação individual do Processo de Enfermagem, constituindo-se este em dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam o cuidado. Contempla os seguintes passos do processo de enfermagem: histórico de enfermagem (inclui a entrevista e o exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Dessa forma, ela tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem (HORTA, 1979 apud DUARTE, AYRES e SIMONETTI, 2008).

O reconhecimento das necessidades de saúde são elementos potenciais no auxílio dos trabalhadores da saúde para "se fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados de saúde", tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e prática (CECÍLIO, 2001).

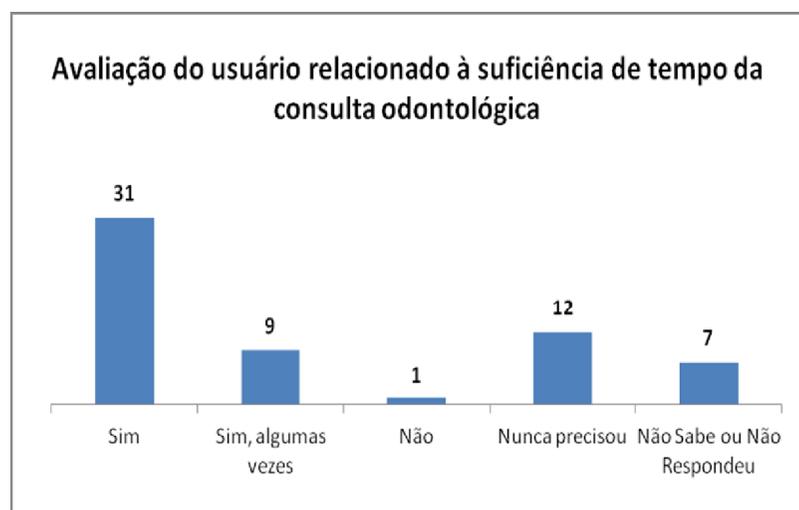
5.5.3 Avaliação do usuário relacionado à consulta odontológica – tempo e suficiência deste

A média do tempo de duração da consulta odontológica foi de 32.5 minutos. Sendo que, a mesma apresentou a variação de tempo de 25 minutos á 50 minutos.

Ressalta-se que, dos 60 usuários entrevistados, cinco usuários (8,3%) não souberam ou não responderam esta questão.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

Figura 46 - Avaliação do usuário relacionado à suficiência de tempo da consulta odontológica



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à avaliação dos usuários relacionados à suficiência de tempo disponibilizado para a expressão de preocupações ou problemas dos mesmos durante a consulta odontológica, 31 usuários (51,7%) afirmaram que o tempo disponibilizado foi suficiente; nove usuários (15%) relataram que somente em algumas vezes o tempo disponibilizado foi suficiente; um usuário (1,6%) relatou que

o tempo disponibilizado não foi suficiente; 12 usuários (20%) disseram não ter precisado ou utilizado o serviço de saúde bucal da unidade de saúde e sete usuários (11,7%) não souberam ou não responderam.

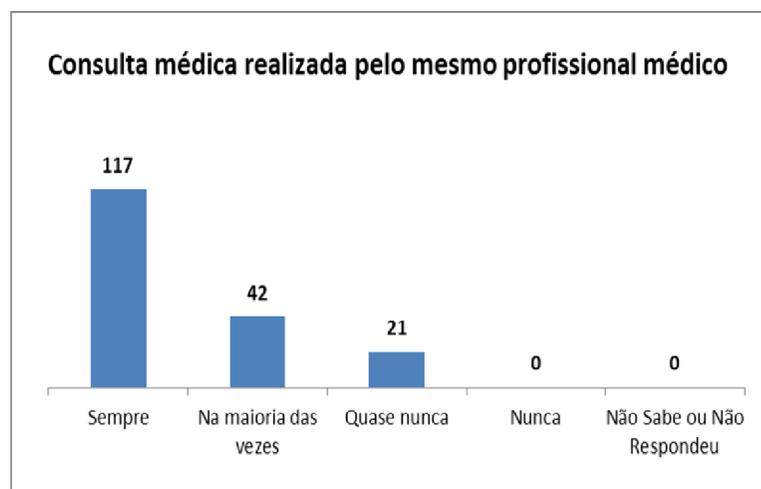
Quanto ao tempo disponibilizado á consulta odontológica e a suficiência deste, acredita-se que possa ocorrer variação, de acordo com a necessidade de cada indivíduo, ficando difícil, portanto, a estipulação de um determinado tempo para a realização das consultas.

Responderam a esta questão, somente os usuários das unidades de saúde que possuíam equipes de saúde bucal, ou seja, 60 usuários correspondendo a cinco unidades de saúde.

Em relação ao presente tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para embasamento.

5.5.4 Consulta médica - vínculo e conhecimento a respeito do profissional

Figura 47 - Consulta médica realizada pelo mesmo profissional médico



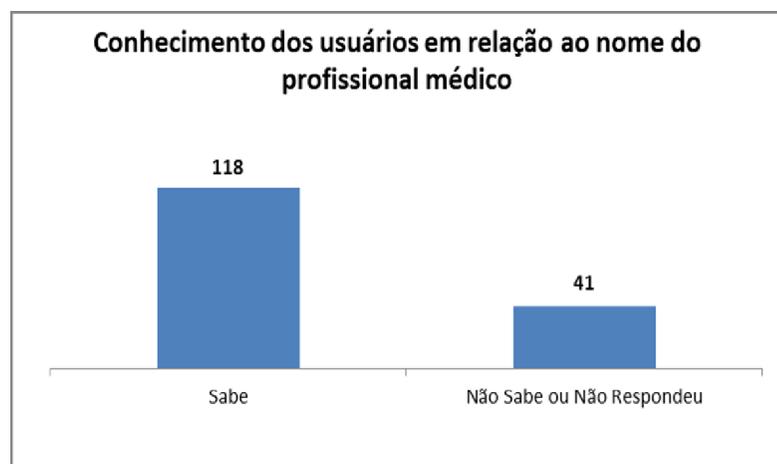
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à observação dos usuários referente à realização de consulta médica pelo mesmo profissional, 117 usuários (65%) afirmaram que as consultas médicas até o momento da entrevista, foram realizadas pelo mesmo profissional; 42 usuários (23,3%) relataram que as consultas médicas foram na maioria das vezes realizadas pelo mesmo profissional e 21 usuários (11,7%) disseram que as consultas médicas “quase nunca” foram realizadas pelo mesmo profissional médico.

Vale a pena ressaltar que, algumas unidades de saúde possuem vínculo com instituições de ensino superior, recebendo, portanto, acadêmicos de medicina, os quais realizam atendimento aos usuários. Outro fato a ser considerado, é a rotatividade dos profissionais médicos em determinadas unidades de saúde.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

Figura 48 - Conhecimento dos usuários em relação ao nome do profissional médico



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao conhecimento dos usuários em relação ao nome do profissional médico, 118 usuários (74,2%) souberam dizer o nome do profissional médico e 41 usuários (25,8%) não souberam ou não responderam.

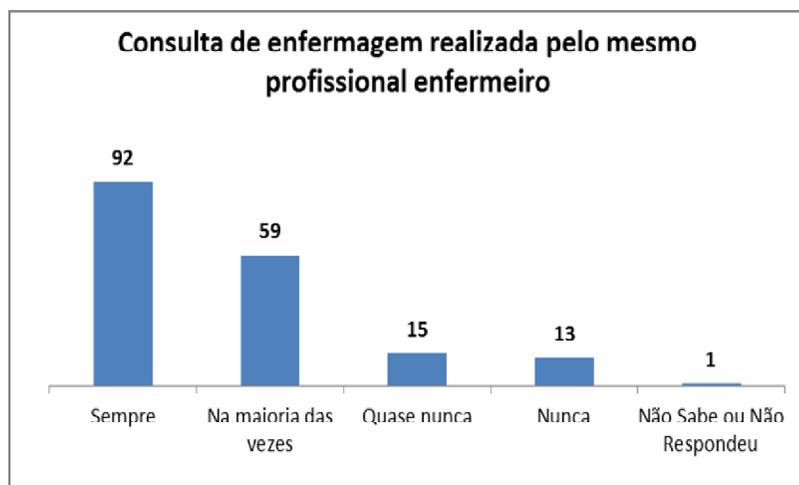
Responderam ao todo, 159 usuários que alegaram que a consulta médica foram sempre ou quase sempre realizadas pelo mesmo profissional médico na questão 7.7 do instrumento de coleta de dados.

Acredita-se que parte dos usuários que não souberam dizer o nome do profissional médico deve-se ao fato da rotatividade destes profissionais em algumas unidades de saúde ou ainda, à presença de alguns acadêmicos de medicina.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.5 Consulta de enfermagem - vínculo e conhecimento a respeito do profissional

Figura 49 - Consulta de enfermagem realizada pelo mesmo profissional enfermeiro



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à observação dos usuários referente à realização de consulta de enfermagem pelo mesmo profissional, 92 usuários (51,1%) afirmaram que as consultas de enfermagem até o momento da entrevista, foram realizadas pelo mesmo profissional; 59 usuários (32,8%) relataram que as consultas de enfermagem foram na maioria das vezes realizadas pelo mesmo profissional e 15 usuários (8,3%) disse que as consultas de enfermagem “quase nunca” foram realizadas pelo mesmo profissional enfermeiro; 13 usuários (7,2%) relataram que as consultas de enfermagem nunca foram realizadas pelo mesmo profissional enfermeiro e um usuário (0,5%) não soube ou não respondeu.

Ressalta-se novamente, o fato dos usuários, em sua maioria, desconhecerem as categorias da enfermagem, considerando como enfermeiro, os técnicos ou auxiliares de enfermagem, dificultando, portanto, a validação destes dados. Além disso, houve contratações e transferências de profissionais enfermeiros durante a realização destas entrevistas.

A regulamentação da consulta de enfermagem, em nível nacional, dá-se pela Lei nº 7498/86 e pelo Decreto nº 94406/87 que, em seu artigo 11º, a qual determina como modalidade de prestação de assistência direta ao cliente, atividade privativa do enfermeiro. A Resolução COFEN-159/93, artigo 1º torna a consulta de enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em

todos os níveis de atenção à saúde, seja em instituição pública ou privada (DUARTE, AYRES e SIMONETTI, 2008).

A consulta de enfermagem permite ao enfermeiro: identificar situações problema e potencialidades do cliente, foco de prática e respectivo julgamento; uso do raciocínio clínico e determinação do diagnóstico e intervenções de enfermagem, imprimindo a esse conjunto de ações, maior cientificidade que confere credibilidade perante a equipe multiprofissional e ao usuário. A consulta de enfermagem realiza uma abordagem diferente da consulta médica, configurando ações que se complementam em benefício do cliente, numa visão holística e com o objetivo de produzir cuidado, para se atingir a cura e a saúde (PULGA et al, 2005 apud SILVA, 2010).

Figura 50 - Conhecimento dos usuários em relação ao nome do profissional enfermeiro



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao conhecimento dos usuários em relação ao nome do profissional enfermeiro, 112 usuários (73,7%) que afirmaram saber o nome do profissional enfermeiro e 40 usuários (26,3%) não souberam ou não responderam.

Observou-se durante a realização das entrevistas que, os usuários que relataram saber o nome do profissional enfermeiro, muitas vezes sabiam dizer o nome do profissional técnico ou auxiliar de enfermagem, afirmando ser o enfermeiro.

Responderam ao todo, 152 usuários que responderam que a consulta de enfermagem foram sempre ou quase sempre realizadas pelo mesmo profissional médico na questão 7.9 do instrumento de coleta de dados.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.5.6 O conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao nome dos usuários

Figura 51 - O conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao nome dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

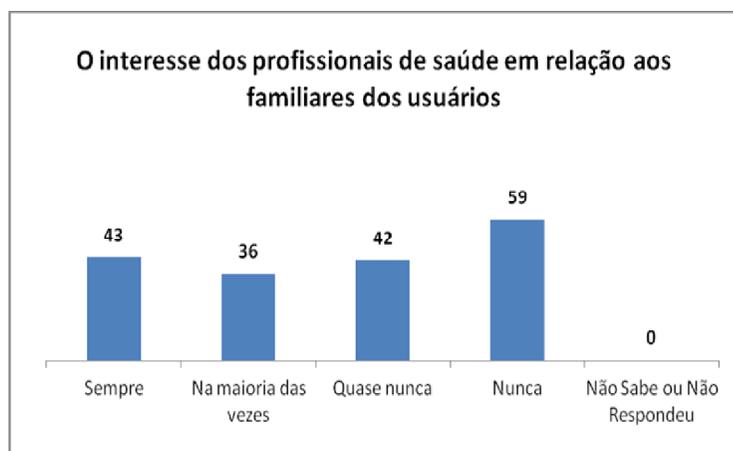
Quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao nome dos usuários, 93 usuários (51,7%) disseram ser chamados pelos seus nomes por todos os profissionais de saúde; 74 usuários (41,1%) afirmaram ser chamados pelos seus nomes somente por alguns profissionais e 13 usuários (7,2%) relataram não ser chamados pelos seus nomes por nenhum profissional de saúde.

O conhecimento do nome de todos os usuários é uma tarefa difícil para os profissionais de saúde, pelo número de pessoas que são atendidas diariamente e pela possibilidade de rotatividade de usuários, no entanto, seria importante, ao menos, chamá-los pelo nome, visto que essa identificação está presente nos prontuários, documento que deve estar presente em todos os atendimentos realizados aquele indivíduo.

Em relação a este tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a realização de discussão.

5.5.7 O interesse dos profissionais de saúde em relação aos familiares dos usuários

Figura 52 - O interesse dos profissionais de saúde em relação aos familiares dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao interesse dos profissionais de saúde quanto à situação dos familiares dos usuários, 43 usuários (23,8%) afirmaram que os profissionais de saúde sempre perguntam sobre os seus familiares; 36 usuários (20%) alegaram que os profissionais de saúde questionam na maioria das vezes sobre seus familiares; 42 usuários (23,4%) relataram que dificilmente (quase nunca) os profissionais de saúde perguntam sobre seus familiares e 59 usuários (32,8%) disseram que os profissionais de saúde nunca questionam a respeito da situação de seus familiares.

Observou-se, portanto o baixo interesse dos profissionais da equipe de saúde quanto a avaliação dos usuários em relação a atenção disponibilizada aos seus familiares.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.8 A avaliação dos usuários em relação à lembrança dos acontecimentos da última consulta pelos profissionais de saúde

Figura 53 - A avaliação dos usuários em relação à lembrança dos acontecimentos da última consulta pelos profissionais de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

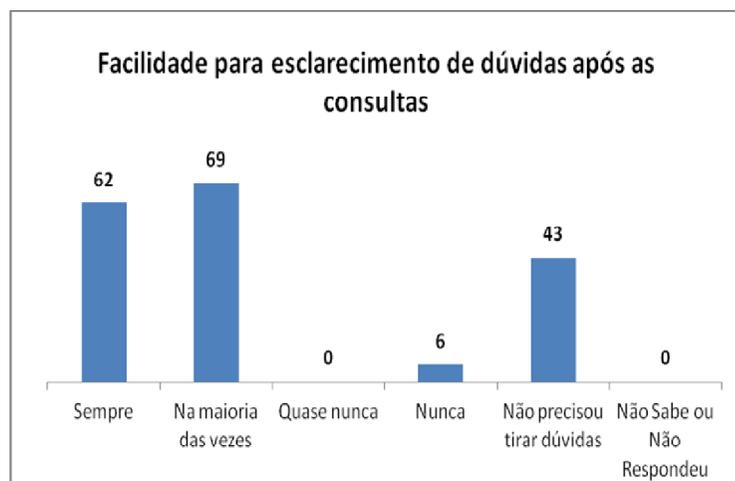
Quanto à avaliação dos usuários em relação à lembrança dos acontecimentos da última consulta pelos profissionais de saúde, 86 usuários (47,8%) afirmaram que os profissionais de saúde recordaram dos acontecimentos de sua última consulta; 37 usuários (20,5%) disseram que, os profissionais de saúde lembraram-se somente algumas vezes; 36 usuários (20%) relataram que os profissionais de saúde não se lembraram dos acontecimentos da última consulta e 21 usuários (11,7%) não souberam ou não responderam.

Ressalta-se aqui a importância da anotação em prontuário, o qual pode auxiliar os profissionais de saúde a recordar fatos ou dados de consultas anteriores.

Segundo Oselka (2002), o prontuário ou registro em saúde é definido como documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

5.5.9 Esclarecimento de dúvidas após as consultas

Figura 54 - Facilidade dos usuários para esclarecimento de dúvidas após as consultas



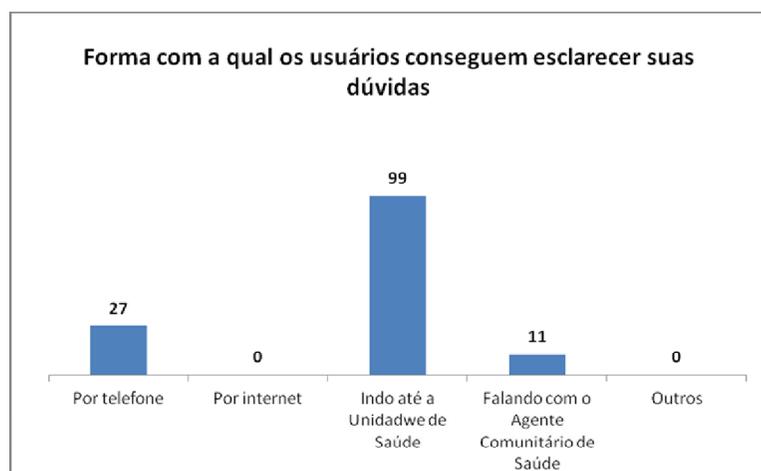
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à facilidade de esclarecimento de dúvidas dos usuários junto aos profissionais de saúde que os atenderam após as consultas, 62 usuários (34,5%) relataram que sempre conseguem tirar suas dúvidas; 69 usuários (38,3%) afirmaram que conseguem na maioria das vezes; seis usuários (3,3%) disseram que não conseguiram esclarecer suas dúvidas após as consultas e 43 usuários (23,9%) relataram que até o momento da entrevista não tiveram nenhuma dúvida, portanto, não necessitaram de esclarecimentos.

Evidencia-se diante dos dados, a facilidade dos usuários quanto ao esclarecimento de dúvidas junto aos profissionais de saúde que realizaram o atendimento.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

Figura 55 - Forma com a qual os usuários conseguem esclarecer suas dúvidas



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à forma com a qual os usuários conseguem esclarecer suas dúvidas, 27 usuários (19,8%) relataram que o fazem através do uso de telefone; 99 usuários (72,2%) disseram que vão até a unidade para falar com os profissionais de saúde e 11 usuários (8%) esclarecem suas dúvidas falando com o Agente Comunitário de Saúde.

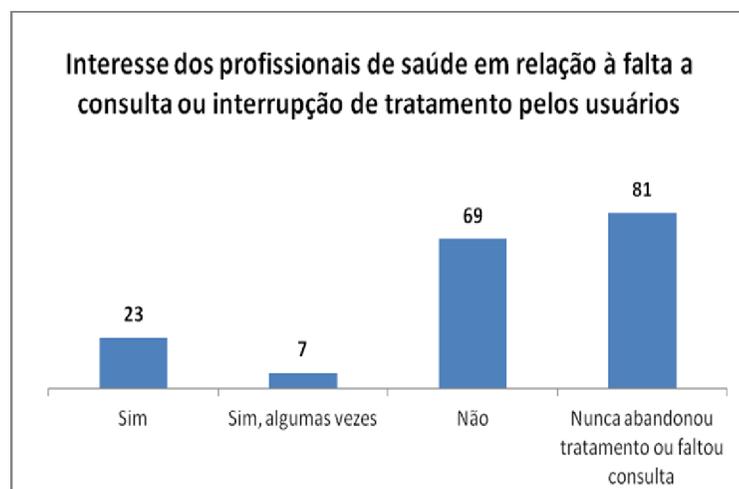
Diante dos dados obtidos, pôde-se observar que, a maioria dos usuários busca esclarecer suas dúvidas indo pessoalmente até a unidade de saúde para conversar diretamente com os profissionais de saúde.

Participaram ao todo, 137 usuários que alegaram ter alguma dúvida após as consultas na questão 7.14 do instrumento de coleta de dados.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.10 Interesse dos profissionais de saúde em relação à falta a consulta ou interrupção de tratamento pelos usuários

Figura 56 - Interesse dos profissionais de saúde em relação à falta a consulta ou interrupção de tratamento pelos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao interesse dos profissionais de saúde em relação à falta na consulta ou interrupção de tratamento pelos usuários, por algum motivo, 23 usuários (12,8%) afirmaram que os profissionais se interessam em saber o que aconteceu e/ou retomam o atendimento; sete usuários (3,9%) disseram que os profissionais interessam-se na maioria das vezes; 69 usuários (38,8%) alegaram que os profissionais não buscaram saber o que aconteceu e/ou retomaram o atendimento e 81 usuários (45%) relataram que até o momento da entrevista, não faltaram à consulta ou abandonaram tratamento. Observa-se desta forma, o baixo interesse dos profissionais quanto à falta dos usuários nas consultas e a interrupção de tratamento.

Observa-se, portanto, mediante a avaliação dos usuários, o desinteresse dos profissionais de saúde na busca de informações a respeito da falta dos usuários a consulta ou ainda, ao abandono de tratamento, embora segundo os dados obtidos, um número significativo de usuários tenha negado abandonar tratamento ou faltar a consulta.

Em relação ao tema abordado, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para embasamento.

Figura 57 - Forma com a qual os profissionais procuram os usuários que faltaram à consulta ou abandonaram tratamento



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à forma com a qual os profissionais procuram os usuários que faltaram à consulta ou abandonaram tratamento, 17 usuários (56,6%) afirmaram que algum membro da equipe de saúde vai até a sua casa e 13 usuários (43,3%) disseram que algum membro da equipe de saúde entra em contato por meio de telefone.

Quanto aos dados apresentados, observa-se que, os profissionais de saúde buscam os usuários de duas maneiras: indo até sua residência ou entrando em contato via telefone. Acredita-se que, a visita domiciliar referida pelos usuários, em sua maioria ou totalidade, tenha sido realizado pelos agentes comunitários de saúde, os quais são o elo entre a unidade de saúde e a comunidade.

Participaram ao todo, 30 usuários que alegaram ter sido procurado pelos profissionais de saúde na questão 7.16 do instrumento de coleta de dados.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.11 Liberdade dos usuários quanto à exposição de seus problemas para com a equipe de saúde

Figura 58 - Liberdade dos usuários quanto à exposição de seus problemas para com a equipe de saúde



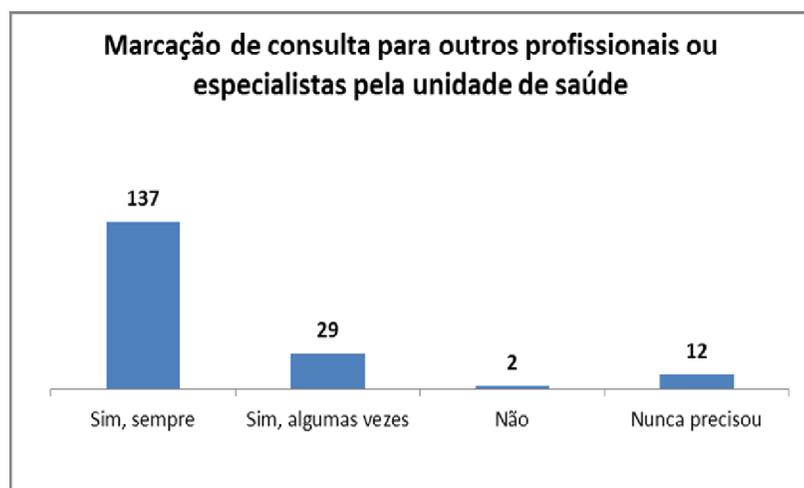
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao sentimento de liberdade dos usuários quanto à exposição de seus problemas sociais, familiares ou preocupações para com a equipe de saúde, 105 usuários (58,3%) afirmaram sentir-se à vontade para expor seus problemas e preocupações; 53 usuários (29,5%) alegaram sentirem-se na maioria das vezes livres para expor seus problemas e preocupações; 16 usuários (8,9%) relataram sentir-se à vontade poucas vezes (quase nunca) e seis usuários afirmaram não sentirem-se livres para expor seus problemas e preocupações para a equipe de saúde. Fica evidenciado, portanto o sentimento de liberdade dos usuários para expor problemas e preocupações com a equipe.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

5.5.12 Marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas

Figura 59 - Marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas pela unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à realização de marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas, 137 usuários (76,1%) relataram que sempre conseguem ter suas consultas marcadas; 29 usuários (16,1%) disseram que somente algumas vezes conseguem ter suas consultas marcadas, dois usuários (1,1%) afirmaram não ter conseguido suas consultas e 12 usuários (6,7%) relataram nunca ter precisado consultar com outros profissionais ou especialistas.

Grande parte dos usuários entrevistados alegou que, embora conseguissem a marcação de consulta com especialista ou outro profissional, a mesma, na maioria das vezes, levava muito tempo para ser realizada.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.13 Forma como é realizada a marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas

Figura 60 - Forma como é realizada a marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à forma de marcação de consulta para outros profissionais ou especialistas após o atendimento realizado na unidade de saúde, sete usuários (4,2%) afirmaram que saem com suas consultas agendadas; 153 usuários (91%) relataram que suas consultas são marcadas através da unidade de saúde e informadas a eles depois e oito usuários (4,8%) disseram que as consultas são marcadas por eles mesmos na central de marcação de consultas especializadas.

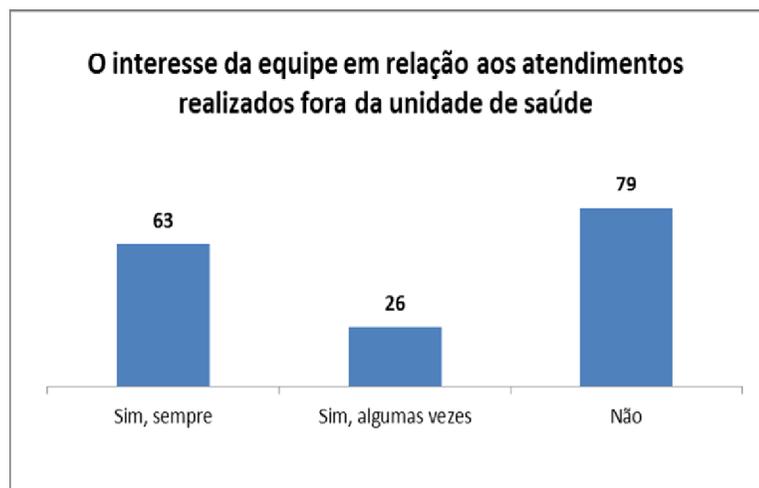
Em relação a marcação de consulta para outros profissionais ou especialista, a maioria dos usuários alegou estar satisfeita com a forma como esta é realizada, ou seja, marcada pela própria unidade de saúde e avisado por estes posteriormente, indicando data, local, hora e nome do profissional que realizará o atendimento. No entanto, alguns usuários relataram a necessidade de ir até a central de agendamento para conseguir agilizar o atendimento. Outros usuários afirmaram sair da unidade com sua consulta agendada. Acredita-se que isso ocorra para profissionais e casos específicos.

Participaram desta, 168 usuários que alegaram ter necessitado de consulta com outros profissionais ou especialistas na questão 8.1 do instrumento de coleta de dados.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.14 O interesse da equipe em relação aos atendimentos realizados fora da unidade de saúde

Figura 61 - O interesse da equipe em relação aos atendimentos realizados fora da unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao interesse da equipe em relação aos atendimentos realizados fora da unidade de saúde, 63 usuários (37,5%) afirmaram que a equipe buscou conversar sobre o atendimento; 26 usuários (15,5%) relataram que somente em algumas vezes a equipe interessou-se em saber como foi o atendimento e 79 usuários (47%) disseram que não houve interesse da equipe em saber sobre o atendimento realizado com outros profissionais ou especialistas.

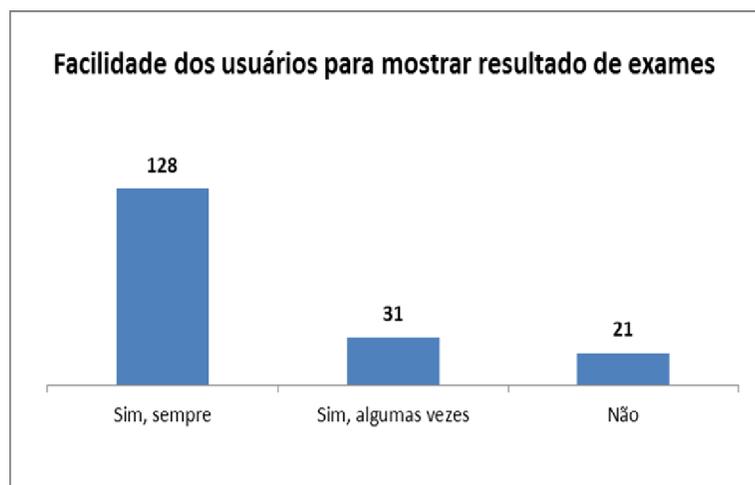
Evidencia-se que, mediante avaliação dos usuários, alguns profissionais de saúde não demonstram devido interesse em saber sobre atendimentos realizados fora da unidade de saúde, ou seja, em sua maioria, consultas com outros profissionais ou especialistas. No entanto, não houve relatos acerca do interesse em atendimentos de urgência, saúde mental ou hospitalizações.

Participaram desta, 168 usuários que alegaram ter necessitado de consulta com outros profissionais ou especialistas na questão 8.1 do instrumento de coleta de dados.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

5.5.15 Facilidade dos usuários para mostrar resultado de exames

Figura 62 - Facilidade dos usuários para mostrar resultado de exames



Fonte: Dados da pesquisa.

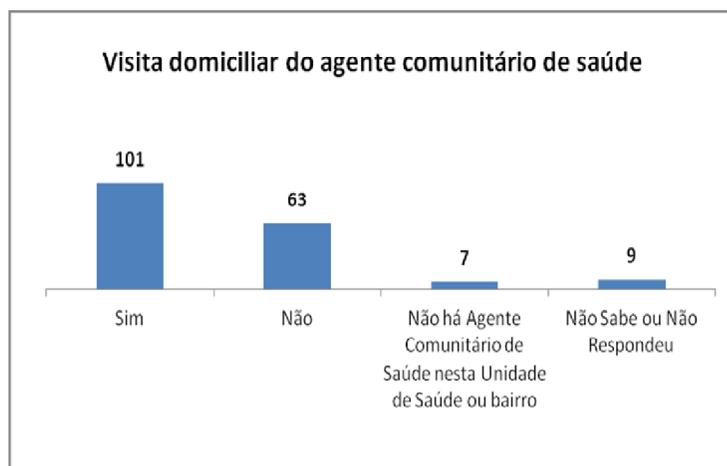
Em relação à facilidade dos usuários para mostrar resultado de exames, 128 usuários (71,1%) alegaram encontrar facilidade para mostrar resultado de exames; 31 usuários (17,2%) relataram obter facilidade algumas vezes e 21 usuários (11,7%) afirmaram não obter facilidade alguma para mostrar resultado de exames.

Pôde-se observar durante a realização desta pesquisa que, muitas unidades de saúde disponibilizam um horário ou período para a marcação de consulta médica específica para a avaliação de resultados de exames.

Quanto ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.5.16 Visita domiciliar do agente comunitário de saúde e outros profissionais

Figura 63 - Visita domiciliar do agente comunitário de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à realização de visita domiciliar por parte do agente comunitário de saúde, 101 usuários (56,1%) alegou receber visita; 63 usuários (35%) disseram não receber a visita do agente comunitário em sua residência; sete usuários (3,9%) relataram que não há agente comunitário de saúde em sua unidade de saúde e nove usuários (5%) não souberam ou não responderam.

Em relação à visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde, observou-se que, alguns usuários alegaram não receber a visita devido ao fato de o horário de funcionamento da unidade de saúde funcionar durante o horário de trabalho, dificultando dessa forma a visita por parte desses profissionais. No entanto, percebeu-se a não realização destas visitas por motivos inexplicados. Cabe ressaltar também, o fato de algumas unidades realmente não terem completo o quadro de agentes comunitários de saúde durante a realização dessa pesquisa.

Segundo os incisos VI e VII do Anexo I da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006), são atribuições mínimas específicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS), além de outras atribuições definidas: 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, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco. Além disso, o ACS deverá

acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Figura 64 - Visita domiciliar de outros profissionais



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à realização de visita domiciliar por parte de outros profissionais, 38 usuários (21,1%) alegou receber sim outras visitas; 17 usuários (9,4%) afirmaram receber a visita de outros profissionais somente algumas vezes; 122 usuários (67,8%) disseram não receber visita de outros profissionais e três usuários (1,7%) não souberam ou não responderam.

Observou-se durante as entrevistas que, parte dos usuários demonstraram interesse e necessidade de receber a visita domiciliar de outros profissionais de saúde, além do agente comunitário de saúde, em especial, os pacientes com idade mais avançada.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Machado (2007) reforça a ideia de que o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de

vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde.

Ainda segundo Schimidt e Lima (2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se estabelece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Vincular-se à unidade de saúde gera satisfação e segurança ao usuário, pois ele se percebe aceito e próximo dos cuidadores. O vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização. É a responsabilização do profissional da saúde junto ao usuário pelo seu bem-estar. Contudo, isso não deve ser encarado como uma relação de dependência, pois o objetivo é educar e estimular o paciente para o autocuidado, conferindo autonomia ao usuário (RIZZOTTO, 2002 apud LIMA et al, 2007).

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, almeja-se a existência de uma rede integrada, desde a Atenção Primária à Saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas individuais. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA et al, 2010).

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, apud Almeida et al, 2010), afirma que a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. Assim, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas.

Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007), identificaram algumas áreas nas quais processos de reforma podem potencializar a capacidade dos sistemas de saúde em melhorar a coordenação entre níveis assistenciais. O primeiro grupo sugere o aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação. A segunda medida vincula-se a mudanças necessárias no primeiro nível de atenção para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas. Um terceiro grupo de intervenções, cuidados refere-se à revisão dos padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo compreendidas a família e a comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estas estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações, considerando desta forma, o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (SAKATA et al, 2007).

O domicílio não é apenas um espaço para se cuidar de doença, falar de saúde, esclarecer dúvidas, criar empatias ou divergências, mas um espaço político, cultural e filosófico não considerado porque não se considera a família como um aglomerado de sujeitos que precisam, criam, pagam impostos, votam, reagem e são cidadãos. Dessa forma, a família é um locus privilegiado para intervenções de ações diversas (SILVA, p.36, 2009).

Além disso, segundo Joyce e Pitman, 2008 apud Borges e D'oliveira, 2011), a visita domiciliar traz consigo um significado simbólico muito forte: ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe. Ela fortalece o vínculo entre o profissional, equipe e o usuário.

No que tange à articulação com o modelo assistencial, o discurso relativo à integralidade e à humanização do cuidado assume papel de destaque no SUS. A

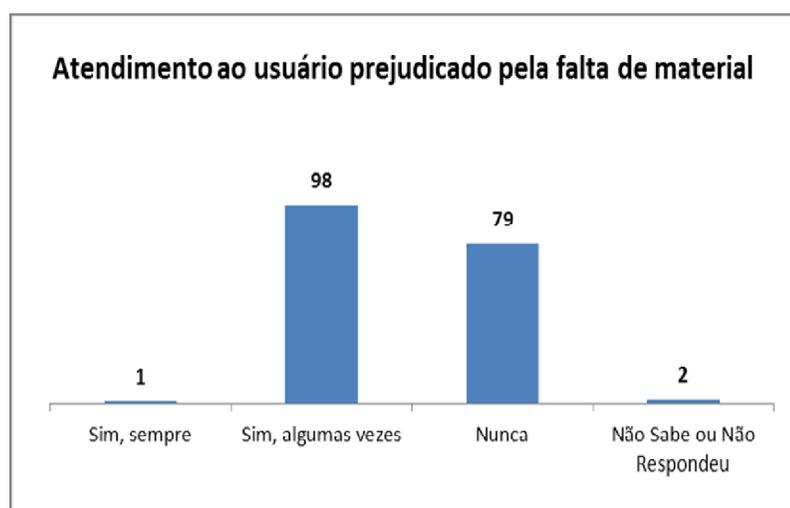
relevância da visita domiciliar nesse processo, evidencia-se pelo fato de essa dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de baixa interação com os usuários. A superação desse modelo requer dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença (AYRES, 2000, apud ALBUQUERQUE e BOSI, 2009).

A Estratégia Saúde da Família propiciou o espaço e incentivo para que as visitas domiciliares pudessem realizar-se com maior frequência no Brasil. O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1991 (denominado PACS, em 1992), evidenciou o trabalho do agente comunitário de saúde, realizando visitas domiciliares, incorporando o enfermeiro e, posteriormente, com o Programa Saúde da Família (1994), também o profissional médico (VIANA e DAL POZ, 1998 apud BORGES e D'OLIVEIRA, 2011).

5.6 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

5.6.1 Atendimento prejudicado pela falta de material

Figura 65 - Atendimento ao usuário prejudicado pela falta de material



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao atendimento prejudicado pela falta de material, um usuário (0,5%) alegou ter seu atendimento prejudicado; 98 usuários (54,5%) relataram ter seu atendimento prejudicado somente algumas vezes; 79 usuários (43,9%) disseram

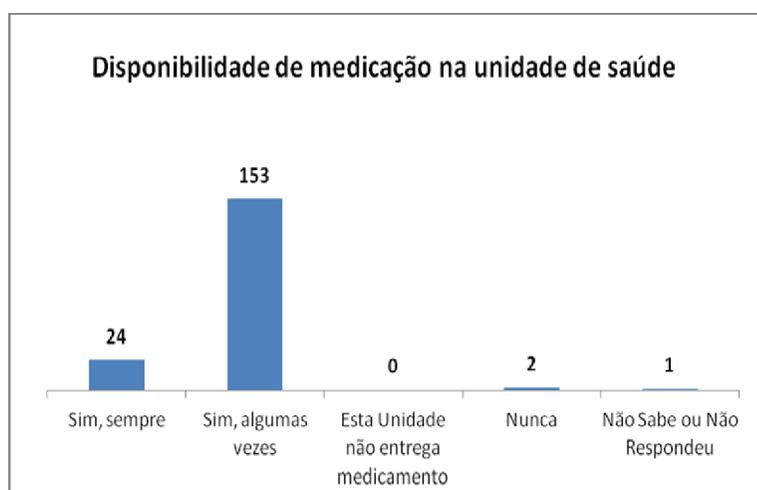
não ter seu atendimento prejudicado pela falta de material e dois usuários (1,1%) não souberam ou não responderam.

De acordo com os usuários entrevistados, os materiais que os mesmos alegaram faltar e conseqüentemente prejudicar o atendimento foram àqueles relacionados à realização de curativos como: soro fisiológico, atadura, gaze estéril e micropore.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.6.2 Disponibilidade de medicação na unidade de saúde

Figura 66 - Disponibilidade de medicação na unidade de saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à disponibilidade de medicação na unidade de saúde, 24 usuários (13,4%) relataram que as medicações prescritas nas consultas estão sempre disponíveis na unidade de saúde; 153 usuários (85%) afirmaram que a medicação está disponível somente algumas vezes; dois usuários (1,1%) disseram que até o momento da entrevista, os medicamentos prescritos nas consultas não estavam disponíveis e um usuário (0,5%) não soube ou não respondeu.

Pôde-se observar durante a realização das entrevistas que, os usuários alegaram a falta esporádica de medicamentos utilizados no tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de anti-inflamatórios, analgésicos,

antipiréticos e outros utilizados na profilaxia ou tratamento de gastrite e desconfortos gástricos.

Os medicamentos são insumos que têm papel essencial no contexto do sistema de saúde e podem contribuir significativamente na melhoria da qualidade de vida das populações. Nesse sentido, políticas e estratégias voltadas para promover ações que configurem um compromisso do poder público em garantir o acesso a medicamentos são de suma importância (MIRANDA, 2009).

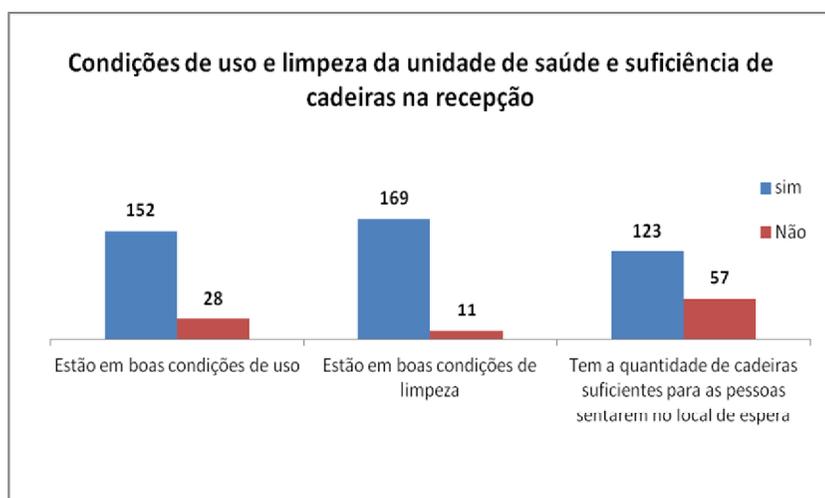
O uso racional de medicamentos, almejado pela Política Nacional de Medicamentos brasileira, é o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo determinado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. A implementação dessa prática, objetiva melhorar o padrão de atendimento, colaborando significativamente com a redução de gastos. Ao contrário, o uso irracional de medicamentos pode causar malefícios à saúde dos usuários, tais como efeitos adversos, eficácia limitada, resistência a antibióticos e farmacodependência (MARIN, 2003 e ROZENFELD, 2003).

É importante destacar também que, a Política Nacional de Medicamentos orienta com relação às possibilidades de integração das estratégias de acesso, tais como produção pública, política de genéricos e lista de medicamentos essenciais. Os medicamentos selecionados por critérios de essencialidade, e que integram a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por atenderem às necessidades prioritárias de atenção à saúde do país, deveriam também constituir a base para a produção de genéricos (BRASIL, 2006).

No Sistema Único de Saúde, o acesso aos medicamentos é mediado pela apresentação da prescrição, sendo esta uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, com a definição do medicamento que deverá ser fornecido ao paciente, bem como com a maneira que este deverá utilizá-lo. A prescrição constitui um documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve (médico, dentista) e quem dispensa o medicamento (farmacêutico), ambos sujeitos à legislação de controle e a ações da vigilância sanitária (WANNMACHER, 1999 apud OENNING, OLIVEIRA E BLATT, 2011).

5.6.3 Condições de uso e limpeza da unidade de saúde e suficiência de cadeiras na recepção

Figura 67 - Condições de uso e limpeza da unidade de saúde e suficiência de cadeiras na recepção



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à opinião dos usuários quanto às condições de uso da unidade de saúde, 152 usuários (84,4%) afirmaram que a mesma encontra-se em boas condições e 28 usuários (15,6%) alegaram que a mesma não se encontra em boas condições de uso.

Quanto às condições de limpeza da unidade de saúde, 169 usuários (93,9%) disseram que, a unidade encontrava-se em boas condições de limpeza e 11 usuários (6,1%) relataram que a mesma não se encontrava em boas condições de limpeza.

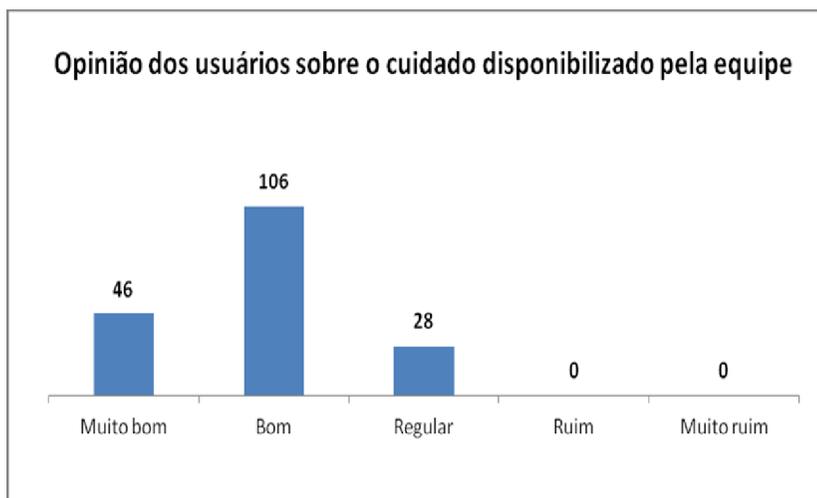
Em relação à quantidade suficiente de cadeiras na recepção ou local de espera, 123 usuários (68,3%) alegaram ter quantidade suficiente e 57 usuários (31,7%) disseram não ser suficiente o número de cadeiras na recepção ou local de espera.

Observou-se, portanto, a insatisfação de alguns usuários com a quantidade de assentos insuficientes nas salas de espera ou recepção. Além disso, alguns deles alegaram a necessidade de ampliação, reforma e a construção de cobertura na parte externa de algumas unidades de saúde para a proteção aos usuários nos dias chuvosos antes do horário de abertura.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para embasamento.

5.6.4 Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado pela equipe

Figura 68 - Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado pela equipe



Fonte: Dados da pesquisa.

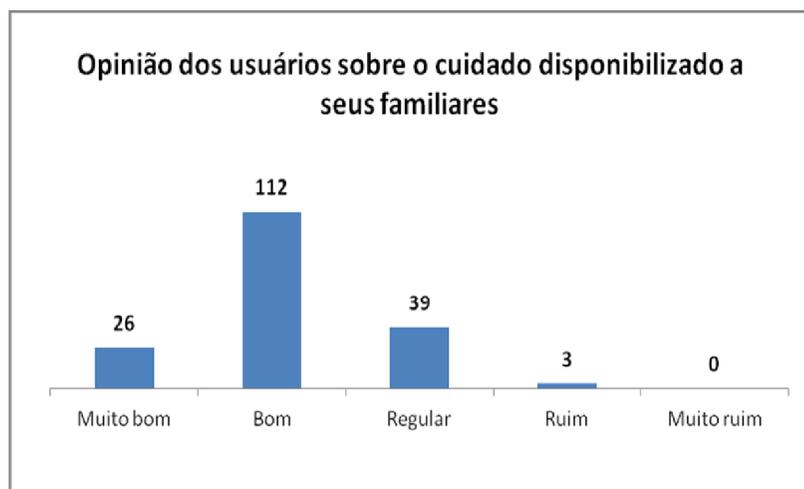
Quanto à opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado pela equipe, 46 usuários (25,6%) classificaram o cuidado recebido como muito bom; 106 usuários (58,9%) disseram que o cuidado disponibilizado é bom e 28 usuários (15,5%) classificaram o cuidado recebido como regular.

Evidencia-se diante dos dados obtidos a satisfação dos usuários em relação ao cuidado disponibilizado a eles pela equipe de saúde.

Segundo Boff (1999), cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

5.6.5 Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado a seus familiares

Figura 69 - Opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado a seus familiares



Fonte: Dados da pesquisa.

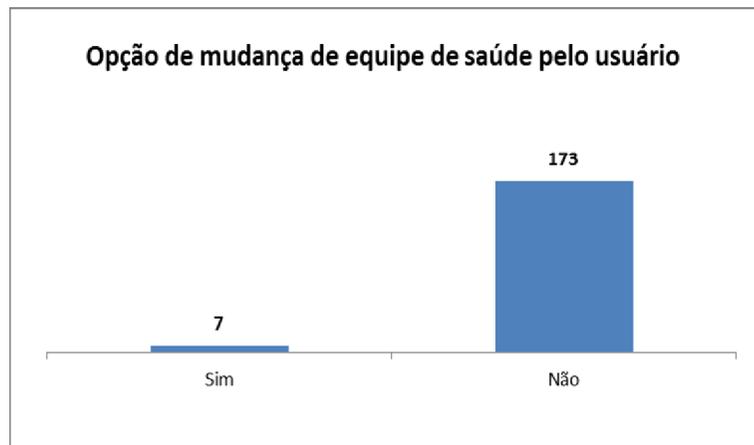
Em relação à opinião dos usuários sobre o cuidado disponibilizado a seus familiares, 26 usuários (14,4%) classificaram o cuidado disponibilizado como muito bom; 112 usuários (62,2%) disseram que o cuidado disponibilizado é bom; 39 usuários (21,7%) classificaram o cuidado ofertado como regular e três usuários (1,7%) alegaram ser ruim o cuidado disponibilizado aos seus familiares.

Diante dos dados, pôde-se observar a satisfação parcial dos usuários quanto ao cuidado disponibilizado pela equipe de saúde aos seus familiares.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.6.6 Opção de mudança de equipe de saúde e motivo

Figura 70 - Opção de mudança de equipe de saúde pelo usuário

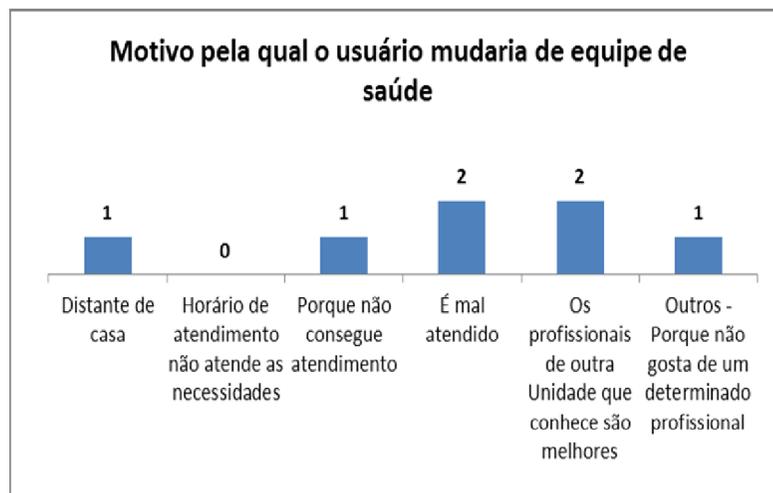


Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à opção de mudança de equipe de saúde por parte dos usuários, sete usuários (3,9%) afirmaram que se pudessem, mudariam de equipe de saúde e 173 usuários (96,1%) relataram que não mudariam de equipe de saúde, evidenciando dessa forma, a satisfação do usuário com a sua equipe de saúde local.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

Figura 71 - Motivo pela qual o usuário mudaria de equipe de saúde



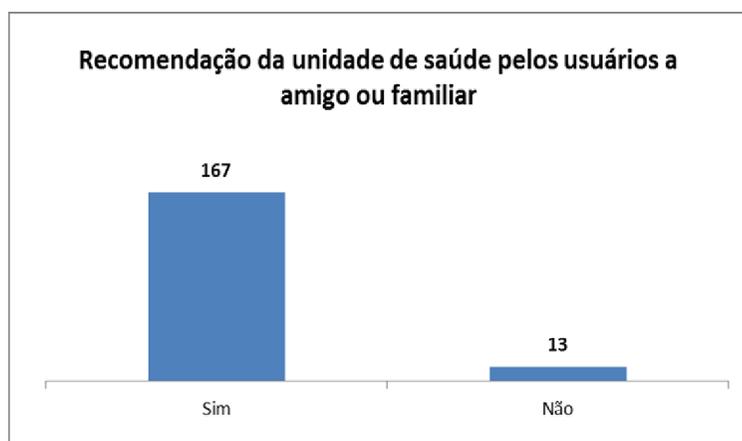
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao motivo pela qual mudaria de equipe de saúde, dos sete usuários, um usuário (14,2%) alegou a distância de sua casa; um usuário (14,2%) citou como motivo, a dificuldade em obter atendimento; dois usuários (28,7%) apontaram ao mau atendimento; dois usuários (28,7%) disseram que mudariam de unidade, pois conhecem profissionais de saúde melhores em outra unidade de saúde e um usuário (14,2%) relatou que o motivo pela qual mudaria de unidade de saúde se deve ao fato de não gostar de um determinado profissional.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

5.6.7 Recomendação da unidade de saúde pelos usuários a amigo ou família

Figura 72 - Recomendação da unidade de saúde pelos usuários a amigo ou familiar



Fonte: Dados da pesquisa.

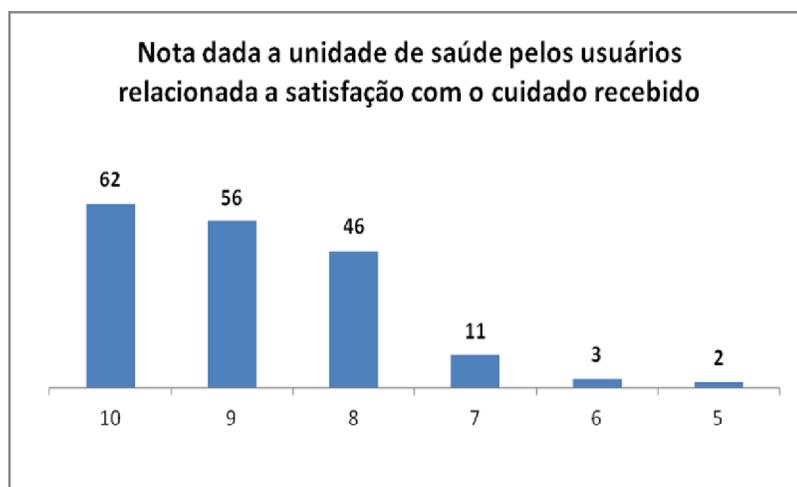
Em relação à oportunidade de recomendação da unidade de saúde pelos usuários a amigo ou familiar, 167 usuários (92,8%) afirmaram que, se tivessem oportunidade, recomendariam a unidade de saúde para um amigo ou familiar e 13 usuários (7,2%) relataram que, não recomendariam a unidade de saúde de sua localidade a um amigo ou familiar.

Diante dos dados obtidos, observa-se que a maioria dos usuários recomendaria o uso dos serviços da unidade de saúde para seus amigos e familiares, indicando dessa forma, a aceitação e confiança por parte destes em relação às ações desenvolvidas e realizadas pelos profissionais que nelas atuam.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.6.8 Nota dada a unidade de saúde pelos usuários relacionada à satisfação com o cuidado recebido

Figura 73 - Nota dada a unidade de saúde pelos usuários relacionada à satisfação com o cuidado recebido



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à nota dada a unidade de saúde pelos usuários relacionada a satisfação com o cuidado recebido, 62 usuários (34,4%) apontaram 10,0 como nota; 56 usuários (31,1%) classificaram o cuidado recebido como 9,0; 46 usuários (25,6%) apontaram a nota 8,0; 11 usuários (6,1%) classificaram o cuidado recebido como 7,0; três usuários (1,7%) apontaram a nota 6,0 e dois usuários (1,1%) classificaram o cuidado recebido como 5,0.

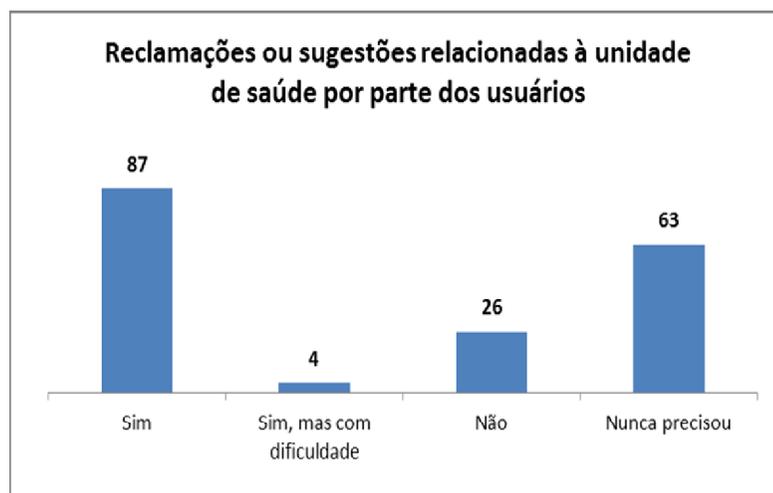
Diante da avaliação dos usuários, pôde-se observar a satisfação dos mesmos em relação a sua unidade de saúde através das notas dadas pelos mesmos, não havendo nesse caso, nenhuma citação de notas inferiores a 5,0.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

5.7 MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E INTERAÇÃO DOS USUÁRIOS

5.7.1 Reclamações ou sugestões e o retorno

Figura 74 - Reclamações ou sugestões relacionadas à unidade de saúde por parte dos usuários



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à realização de reclamações ou sugestões na unidade de saúde por parte dos usuários, 87 usuários (48,3%) alegaram que conseguem fazer com facilidade; quatro usuários (2,2%) disseram que conseguem reclamar ou sugerir obtendo dificuldade; 26 usuários (14,5%) relataram que não conseguem reclamar ou sugerir e 63 usuários (35%) afirmaram que até o momento da entrevista, não tiveram necessidade de reclamar ou sugerir algo.

Ainda em relação à possibilidade de sugerir ou reclamar, os usuários alegaram utilizar como meio de realizar isso, a conversa com o gerente da unidade de saúde, a utilização das caixas disponibilizadas na recepção ou fazê-lo através da ouvidoria municipal.

Em relação ao tema, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a discussão.

Figura 75 - Retorno da unidade de saúde quanto à reclamação ou sugestão do usuário



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao retorno quanto à reclamação ou sugestão do usuário, 39 usuários (33,3%) alegaram que obtiveram retorno rapidamente; 44 usuários (37,6%) relataram que obtiveram retorno, mas que, no entanto, demorou e 34 usuários (29%) disseram que não obtiveram retorno algum.

Participaram desta, 117 usuários que alegaram ter reclamado ou sugerido na questão 11.1 do instrumento de coleta de dados.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas disponíveis para a fundamentação.

5.7.2 Conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do município e do ministério da saúde

Figura 76 - Conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do município

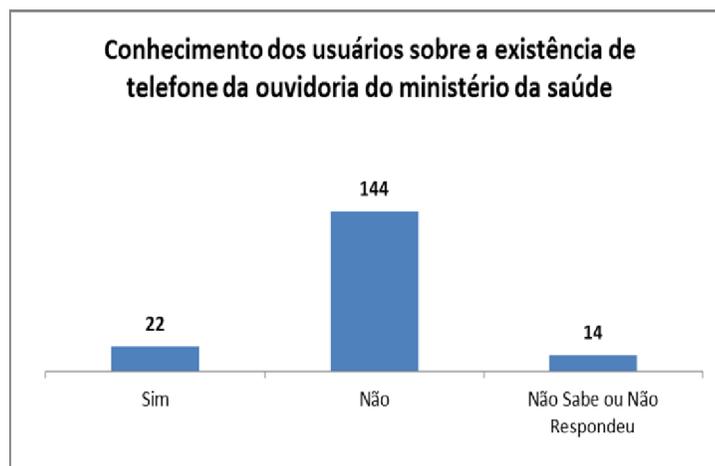


Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do município, 73 usuários (40,5%) alegaram que conhecem; 98 usuários (54,5%) relataram desconhecer a existência de telefone da ouvidoria do município e nove usuários (5%) não souberam ou não responderam, embora a maioria das unidades de saúde tenha disponível nas recepções o número da ouvidoria municipal.

Em relação ao assunto, não foram encontrados dados ou pesquisas realizadas que possibilitassem a discussão.

Figura 77 - Conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do ministério da saúde



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao conhecimento dos usuários sobre a existência de telefone da ouvidoria do ministério da saúde, 22 usuários (12,2%) alegaram que conhecem; 144 usuários (80%) relataram desconhecer a existência de telefone da ouvidoria do ministério da saúde e 14 usuários (7,8%) não souberam ou não responderam.

Segundo Donabedian (1980 apud Santiago et al, 2013) na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica necessariamente a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, torna-se claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução.

O conceito social, como princípio do SUS, implica a possibilidade dos usuários intervirem nos serviços de saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na finalização de sua efetivação. Neste sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária, em particular na atenção básica à saúde, pressupõem a concepção do usuário como corresponsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avaliá-lo, bem como para nele intervir e modificá-lo (SANTIAGO et al, 2013).

6 CONCLUSÃO

Sendo a Saúde um dever do Estado, acredita-se que esta é garantida por meio da rede assistencial de Saúde, possibilitando ao usuário, o direito ao atendimento, desde a atenção primária, até encaminhamentos e atendimentos em serviços mais complexos, porém, existem momentos da atenção em saúde em que esta garantia não é absoluta. Diante disso, ressalta-se a importância da realização de avaliações constantes para auxiliar as equipes e gestores da atenção básica na manutenção da qualidade da assistência, auxiliando também, na identificação de possíveis problemas e correções posteriores, pois, é a atenção primária que possibilita aos profissionais terem uma visão mais abrangente do indivíduo e coletividade, visto em vários aspectos, dentro de suas condições de vida e suas reais necessidades em saúde ofertando-lhes ações e serviços que correspondam a estas demandas.

Conhecendo a realidade do acesso e utilização dos serviços, percebeu-se que, a distância é relativa aos usuários e que, segundo os mesmos, as unidades de saúde nem sempre são bem localizadas em relação ao seu território de abrangência. Além disso, o horário de funcionamento demonstrou-se parcialmente satisfatório aos usuários, sendo apontada a necessidade de ampliação de horário noturno ou inclusão de atendimentos nos sábados para alcance da classe trabalhadora, incluindo nesta, boa parte da população masculina.

Em relação à marcação e o tempo para a realização da consulta médica, os usuários de algumas unidades de saúde, demonstraram insatisfação quanto à necessidade de acordar cedo, somado ou não ao fato da formação de filas para conseguirem marcar sua consulta.

Na identificação do acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde, concluiu-se que, a grande maioria dos usuários consegue obter a escuta por parte dos profissionais de saúde, sendo em sua maioria, esta realizada pelo profissional enfermeiro, embora tenha ficado evidente que, alguns usuários desconhecem a diferença entre os componentes da equipe de enfermagem, denominando como enfermeiro os profissionais não médicos da equipe de ESF.

A boa avaliação do acolhimento pelos usuários, deve ser parcialmente considerada, visto que, os mesmos podem desconhecer a real definição e sentido de acolhimento.

Na verificação da presença de atenção integral à saúde, percebeu-se a dificuldade em manter a privacidade nos consultórios devido a interrupções por parte dos funcionários. Além disso, parte dos usuários alegou sentir necessidade da realização de exame físico em todas as suas consultas, relatando que este é realizado na maioria das vezes, somente nas primeiras consultas.

Outro fato a ser considerado, é a questão da anotação em prontuário, a qual foi mencionada ser realizada pelos profissionais de saúde frente à avaliação dos usuários. No entanto, percebeu-se a necessidade de realização de pesquisa da qualidade destas anotações.

Quanto à identificação do vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, observou-se mediante os dados obtidos nas entrevistas com os usuários, desinteresse dos profissionais de saúde em relação à situação dos familiares dos usuários, evidenciando dessa forma, o foco dos profissionais no indivíduo a ser atendido ou consultado. Além disso, foi apontado também, o desinteresse dos profissionais de saúde na obtenção de informações após a realização de consultas com especialistas e outros profissionais, ou ainda, quanto ao abandono de tratamento e, ao não comparecimento à consulta por parte dos usuários.

Os usuários não se mostraram muito satisfeitos com o tempo de espera para a realização de consulta com algumas especialidades médicas, bem como, realização de cirurgias, embora, os mesmos tenham alegado, nessa pesquisa, ter sua consulta marcada.

Ressalta-se também, a necessidade e a dificuldade dos usuários na obtenção de realização de visita domiciliar por parte de outros profissionais além do agente comunitário de saúde, sendo a falta de profissional ou a indisponibilidade de tempo os fatores mais comuns mencionados pelos profissionais aos usuários.

Em relação à satisfação do usuário, os mesmos sugeriram a disponibilidade de mais assentos nos locais de espera, a ampliação, reforma e a construção de cobertura na parte externa de algumas unidades de saúde para a proteção aos usuários nos dias chuvosos antes do horário de abertura.

Quanto aos mecanismos de participação e interação dos usuários, constatou-se a falta de conhecimento dos mesmos em relação à possibilidade de sugestão para a melhora da assistência de saúde, além do desconhecimento quanto a existência e contato da ouvidoria municipal ou federal (ministério da saúde). Percebeu-se também através dos resultados, a dificuldade e a deficiência na

participação do usuário nas questões que se referem à sua saúde, incluindo, sobretudo, a participação social.

Diante dos dados apresentados, conclui-se que, a atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma – SC corresponde parcialmente a todos os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, portanto, o pressuposto foi parcialmente validado.

Quanto ao instrumento de coleta de dados do PMAQ utilizado nesta pesquisa, o qual, se refere à avaliação externa mediante entrevista com os usuários, observou-se que, o mesmo dificultou a avaliação dos usuários em relação aos serviços de saúde, pois em determinadas questões limitou as respostas dos mesmos em alternativas pré-estabelecidas.

Salienta-se que ao abordar os usuários para a realização da entrevista, foi significativo o número de usuários que não aceitaram participar, devido ao fato de terem sido esclarecidos quanto ao tempo para a realização do mesmo, de aproximadamente 25 minutos. Os usuários que aceitaram foram aqueles com maior disponibilidade de tempo e talvez com maior aceitação do serviço.

Este estudo não termina aqui, visto a sua magnitude, por isso, sugere-se a revisão do instrumento de avaliação externa do PMAQ (entrevista com usuário), principalmente no que diz respeito ao aumento das alternativas pré-estabelecidas ou a inserção da alternativa “outros”, evitando dessa forma, possíveis limitações.

O fato de ter a atenção primária do município avaliada com um instrumento nacional, não exime o sistema de saúde municipal de sua responsabilidade em realizar diagnóstico situacional com planejamento baseado na realidade local.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de; PELEGRINI, Alisia Helena Weis; MARQUES, Giselda Quintana e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2012, vol.33, n.2, pp. 146-152. ISSN 1983-1447.

AGUIAR, A.C.S.; MOURA, E.R.F. Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um distrito de Caucaia-CE. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, Fortaleza v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de e BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.5, pp. 1103-1112. ISSN 0102-311X.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de e ESCOREL, Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**. 2010, vol.26, n.2, pp. 286-298. ISSN 0102-311X.

ALVES, Gehysa Guimarães e AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325. ISSN 1413-8123.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

ASSIS, Marluce Maria Araújo e JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012, vol.17, n.11, pp. 2865-2875. ISSN 1413-8123.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de e COSTA, André Monteiro. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família**. Interface (Botucatu). 2010, vol.14, n.35, pp. 797-810.

AYALA, E. Z., LAMEIRA, J. C. **Considerações básicas sobre a pesquisa**. In: Cadernos do CPGE. Santa Maria, n.12, 1989. 277 p.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

BARROS, R. Paes de. *et al.* Uma análise das principais causas da queda recente da desigualdade de renda brasileira. **Econômica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 117-147, jul. 2006.

- BARROS, R. Paes de; FOGUEL, M. Nathan; ULYSSEA, Gabriel. (Org.). **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Brasília: IPEA, 2006.
- BATISTA, Karina Barros Calife e GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. 2011, vol.20, n.4, pp. 884-899.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002; 7: 401-12.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1999. 199p.
- BORGES, Renata e D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface (Botucatu)**. 2011, vol.15, n.37, pp. 461-472. Epub Apr 08, 2011. ISSN 1414-3283.
- BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 20 Set 1990.
- BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; 31 Dez 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL; Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília (DF); 2005.
- BRASIL. **Portaria 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

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). Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2012.

BRASIL. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica – Departamento da Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

CAMPOS, GWS. **Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec; 1991.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 5 (Supl 1): S63-S69, dez., 2005.

CARDOSO, Leticia Silveira; CEZAR-VAZ, Marta Regina; BONOW, Clarice Alves e SANT'ANNA, Cynthia Fontella. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011, vol.45, n.6, pp. 1323-1330. ISSN 0080-6234.

CECÍLIO, LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO; 2001. p.113-26.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Disponível em <<http://www.propesq.ufrgs.br/#>>. Acesso em 24 de jun. 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

DAL-FARRA, Rossano André e GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2010, vol.34, n.4, pp. 587-597. ISSN 0100-5502.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. e colaboradores. **O planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, 432 p.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido e SIMONETTI, Janete Passuto. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2008, vol.61, n.spe, pp. 767-773. ISSN 0034-7167.

FALK, JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2004; 1:5-10.

FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2004; 4: 317-21.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERRARIO Marcela Nogueira e CUNHA, Marina Silva. **Estrutura e renda familiar no Brasil**. Ensaio FEE, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 123-142, maio 2012. Disponível em: <http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/2436/3071>. Acesso em: 25 fev. 2013.

FRANCA, Lucia Helena de F. P.; MENEZES, Gustavo Silva e SIQUEIRA, Andreia da Rocha. Planejamento para aposentadoria: a visão dos garis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2012, vol.15, n.4, pp. 733-745. ISSN 1809-9823.

FRANCO, T; BUENO,WS e MERHY EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hicitec; 2003. p.37-54.

FURTADO, BMASM; ARAÚJO Jr. JLC e CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2004 Set; 7(3):279-89.

GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luís Guedes dos e MARQUES, Giselda Quintana. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2009, vol.18, n.2, pp. 266-272. ISSN 0104-0707.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GODINHO, Tiana Mascarenhas; LYRA, Ticiania Goyanna; BRAGA, Priscila Soares; QUEIROZ, Rachel Aguiar de; ALVES, Jurema Amado; KRAYCHETE, Angiolina Campos; GUSMÃO, Ernane Nelson Antunes; LOPES, Antônio Alberto e ROCHA,

Paulo Novis. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em hospital público em Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 2006; vol. 28, pp. 096-103.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HOFMARCHER, MM; OXLEY, H e RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria - RS: Pallotti, 2002. 294 p.

LIMA, Antônio Fernandes Costa e GUALDA, Dulce Maria Rosa. História Oral de Vida: Buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP**. 2001; n. 35, pp.235-241.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2007, vol.20, n.1, pp. 12-17. ISSN 1982-0194.

LOCH, Jussara de Azambuja; CLOTET, Joaquim e GOLDIM, José Roberto. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2007, vol.53, n.3, pp. 240-246. ISSN 0104-4230.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora** [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.

MARQUES, GQ e LIMA, MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2007; 15(1):13-9.

MARIN, Nelly, organizadora. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, OMS; 2003. 336p.

MARTINO, LMS. **Teoria da comunicação: ideias, conceitos e métodos**. Petrópolis: Vozes; 2009.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; VASCONCELLOS, Miguel Murat e VIANA, Ana Luíza d'Ávila. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S4-S5, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários (PACS)**. Brasília (DF): MS; 2001.

MIRANDA, Elaine Silva et al. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.10, pp. 2147-2158. ISSN 0102-311X.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. 2010, vol.20, n.4, pp. 1419-1440.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva e MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2009, vol.43, n.2, pp. 358-364. ISSN 0080-6234.

MORAES, Ilara Hämmerli S. **Política, tecnologia e informação em saúde – a utopia da emancipação**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Ed. Casa da Qualidade; 2002, 171p.

NASCIMENTO, Maristella Santos e NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005, vol.10, n.2, pp. 333-345. ISSN 1413-8123.

NATIVIDADE, Michelle Regina da e COUTINHO, Maria Chalfin. O trabalho na sociedade contemporânea: os sentidos atribuídos pelas crianças. **Psicologia & Sociedade**. 2012, vol.24, n.2, pp. 430-439. ISSN 0102-7182.

NOGUEIRA, MJC. O processo de enfermagem em enfermagem comunitária: uma proposta. **Revista Paulista de Enfermagem**. 1993; 3(1): 15-20.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva and LIMA FILHO, Domingos Leite. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, vol.16, n.3, pp. 1745-1754. ISSN 1413-8123.

OENNING, Diony; OLIVEIRA, Bruna Volpato de and BLATT, Carine Raquel. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, vol.16, n.7, pp. 3277-3283. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, Nayara Hakime Dutra e FILHO, Mário José Filho. **Superações de mudanças na organização familiar**. Disponível em: <http://www.arpenbrasil.org.br/index.php?Itemid=96&id=472&option=com_content&task=view> . Acesso em: 25 fev. 2013.

OSELKA, Gabriel. Prontuário médico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2002, vol.48, n.4, pp. 286-286. ISSN 0104-4230.

- PAVONI, Daniela Soccoloski e MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009, vol.62, n.2, pp. 265-271. ISSN 0034-7167.
- PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995-2000. 596 p.
- PONTES, AC. LEITÃO, IMTA e RAMOS IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2008; 61(3):312-8.
- RAMOS, DD e LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2003; 19(1): 27-34.
- ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):717-724, mai-jun, 2003.
- SAKATA, KN; ALMEIDA, MCP; ALVARENGA, AM; CRACO, PF e PEREIRA, MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2007; 6:659-64.
- SANTIAGO, Renata Florêncio et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2013, vol.18, n.1, pp. 35-44. ISSN 1413-8123.
- SANTOS, Sueli Maria dos Reis et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2008, vol.17, n.1, pp. 124-130. ISSN 0104-0707.
- SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. supl., p. 201-211, 2002.
- SEOANE, Antonio Ferreira e FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde e Sociedade**. 2009, vol.18, n.1, pp. 42-49. ISSN 0104-1290.
- SCHIMIDT, MD e LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004;20(6):1487-94.
- SILVA, MJP. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
- SILVA, Rafaela de Oliveira Lopes da. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família : um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Sandra Honorato da et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba - PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2010, vol.44, n.1, pp. 68-75. ISSN 0080-6234.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo e COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. 2010, vol.19, n.3, pp. 509-517.

STARFIELD, Barbara. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

TRAVASSOS C, Viacava F, FERNANDES C, ALMEIDA CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000; 5(1):133-149.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em Educação**. SP: Atlas, 1995.

UNGLERT, CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. 1990;24(6):445-452.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy e MORAES, Iara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

VIANA, Dirce Laplaca e PETENUSSO, Marcio. **Manual para realização do exame físico**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora. 2007. 336 p.

VIEIRA DOS SANTOS, Ialane Monique e DOS SANTOS, Adriano Maia. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. 2011, vol.13, n.4, pp. 703-716. ISSN 0124-0064.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PMAQ

Instrumento de Avaliação Externa PMAQ: Módulo III – Entrevista com Usuários

Unidade de Saúde: _____

1.Critérios de Exclusão			
1.1	Essa é a primeira vez que o senhor (a) vem a esta unidade de saúde? ➤ Se sim, não seguir com o questionário.		Sim
			Não
1.2	Há quanto tempo o senhor (a) veio pela última vez a esta unidade de saúde? ➤ Se mais de 01 ano (12 meses) não seguir com o questionário	Nº _____	Meses
			Menos de 01 mês

2.Identificação do Usuário			
2.1	Nome:		
2.2	Sexo:		Masculino
			Feminino
			Não Definido
2.3	Idade	Nº _____	Anos
2.4	Dentre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?		Branca
			Preta
			Amarela
			Parda / Mestiça
			Indígena
			Ignorada
2.5	Qual o seu estado civil?		Solteiro (a)
			Casado(a)
			União Estável / Amasiado
			Desquitado
			Viúvo
2.6	Quantas pessoas vivem na sua casa incluindo o senhor (a)?	Nº _____	Pessoas

			Não sabe ou Não respondeu
2.7	O (a) Senhor (a) sabe ler e escrever?		Sim
			Não
			Só assina o nome
			Não sabe ou Não respondeu
2.8	Quantos anos o (a) Senhor (a) estudou?	Nº _____	Anos completos
			Não sabe ou Não respondeu
2.9	O (a) Senhor (a) é aposentado (a)?		Sim
			Não
2.10	O (a) Senhor (a) tem trabalho remunerado atualmente?		Sim
			Não
2.11	Qual a renda mensal da sua família? Somar a renda de todos os moradores. Incluir o valor de programas sociais, quando for o caso.	Nº _____	Total em Reais
			Não tem
			Não sabe ou Não respondeu

3. Acesso aos Serviços de Saúde

3.1	Qual a distancia da sua casa até esta unidade de saúde?	Nº _____	Metros
			Não sabe ou Não respondeu
3.2	O que o (a) Senhor (a) acha da distância da sua casa até esta Unidade de Saúde?		Perto
			Razoável
			Longe
			Não sabe ou Não respondeu
3.3	O (a) Senhor (a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los? (exemplo: consultórios, banheiros, salas de vacina, etc.).		Sim
			Não
			Sim, algumas placas
			Não percebi ou não há placas na unidade.

			Não sabe ou Não respondeu
3.4	A Unidade de Saúde funciona 5 dias na semana?		Sim
			Não
			Não sabe ou Não respondeu
3.5	Dentre as opções que vou ler, responda em quais os períodos e dias esta Unidade de Saúde funciona:		Manhã
			Tarde
			Noite
			Sábados
			Não sabe ou Não respondeu
3.6	Até que horas a Unidade de Saúde funciona todos dias?	Nº _____	Horas
			Não há horário fixo todos os dias
			Não sabe ou Não respondeu
3.7	O horário de funcionamento desta Unidade atende às suas necessidades?		Sim
			Não
			Não sabe ou Não respondeu
3.8	Para facilitar o seu atendimento, o senhor (a) gostaria que a Unidade de Saúde atendesse:		Mais cedo pela manhã
			À tarde até às 18 horas
			À noite
			Aos sábados
			No horário de almoço
			Outros
			Não sabe/não respondeu
3.9	O médico está presente na Unidade de Saúde ou em atividades no bairro durante todos horários de funcionamento da unidade de saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

3.10	Se o(a) senhor(a) quiser, pode escolher a equipe que lhe atende? (médico, enfermeiro, ACS ou outros).	Nº _____	Sim
			Não
			Não sabe ou Não respondeu

4. Marcação de Consulta (s) na Unidade de Saúde

4.1	Na maioria das vezes, como o (a) Senhor (a) faz para marcar consulta na Unidade de Saúde? Se não faz marcação nesta unidade, pular para 4.3		Marca por telefone	
			Vai à Unidade e marca o atendimento a qualquer hora	
			Vai à Unidade, mas tem que pegar ficha	
			Vai à unidade, e para pegar ficha é necessário fazer fila antes da Unidade de Saúde.	
			Agente Comunitário de Saúde marca a consulta	
			Não faz marcação nesta unidade	
			Outros	
4.2	Em geral, a marcação da consulta nesta Unidade de saúde pode ser feita:	S	N	Todos os dias da semana.
		S	N	Em apenas alguns dias da semana.
		S	N	A qualquer hora do dia .
		S	N	Somente em alguns horários.
		S	N	Outros.
		S	N	Não sabe ou Não respondeu
4.3	Quando (o) a Senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para quanto tempo depois.		Mesmo dia.	
		Nº _____	Dias	
4.4	Quando (o) a Senhor (a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:		Com hora marcada	
			Em horários ou turnos definidos do dia.	
			Por ordem de chegada	
			Encaixe	
			Outros	

5. Acolhimento a Demanda Espontânea			
5.1	Na maioria das vezes que o (a) Senhor (a) vem à Unidade de Saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, o(a) senhor(a) consegue ser escutado? Se não, passar para a questão 5.6		Sim
			Não
			Nunca precisou ir a unidade sem hora marcada
			Não sabe/não respondeu
5.2	Quais são os profissionais que lhe escuta?		Médico
			Enfermeiro
			Cirurgião dentista
			Técnico/ auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal
			Agente comunitário de saúde
			Vigilante
			Recepcionista
			Outro
5.3	Desde a sua chegada à Unidade de Saúde, quanto tempo o (a) Senhor(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?	Nº _____	Minutos
			Não sabe ou Não respondeu
5.4	O que o (a) Senhor (a) acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
5.5	As orientações que os profissionais dão para o (a) Senhor (a) na unidade atendem às suas necessidades?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
5.6	O (a) Senhor (a) se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, sua religião?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não

			Não sabe/não respondeu	
5.7	Na última vez que o (a) Senhor (a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o senhor procurou atendimento? Se não ou não teve problema de urgência, passar para questão 5.13		Sim	
			Não	
			Não teve problema de urgência	
			Não sabe/não respondeu/não lembra	
5.8	Onde o (a) Senhor (a) procurou atendimento? Se não for Nesta Unidade de saúde, pular para 5.12		Nesta Unidade de saúde	
			Em outra Unidade de Saúde	
			Hospital público	
			Hospital particular	
			Clínica particular	
			Pronto atendimento 24 horas	
			Pronto socorro 24 horas	
			Policlínica	
			Consultório particular	
	Outros			
5.9	O (a) Senhor (a) conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? Se não passar para questão 5.13		Sim	
			Não	
5.10	Quanto tempo esperou para ser atendido?	Nº _____	Minutos	
5.11	Qual o profissional que atendeu o senhor (a)? Passar para questão 5.13		Médico	
			Enfermeiro	
			Auxiliar/técnico de enfermagem	
			Outro	
			Não sabe/não respondeu	
5.12	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?		Porque precisa chegar cedo	
			Porque precisa pegar ficha	
			Porque não atende sem consulta marcada	
			Porque não tem profissional na unidade	
			Porque não atende urgência	
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	
5.13	Se já precisou, o (a) senhor (a) conseguiu fazer algum destes atendimentos nesta Unidade de Saúde:	S	N	Retirar um abscesso (furúnculo).
		S	N	Extrair uma unha.

		S	N	Retirar “corpo estranho” do ouvido.
		S	N	Fazer sutura (dar ponto).
		S	N	Fazer curativo novo.
		S	N	Extrair (retirar) dente.
				Não sabe/não respondeu/ não lembra.

6. Atenção Integral à Saúde				
6.1	Quando é atendido nesta Unidade de Saúde, o (a) Senhor (a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria Unidade de Saúde?			Sim
				Sim, algumas vezes
				Não
				Não sabe/não respondeu
6.2	O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?			Sim
				Não
				Não sabe/não respondeu
6.3	Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico em você, tocam no seu corpo para examinar?			Sempre
				Na maioria das vezes
				Quase nunca
				Nunca/Não sabe/não respondeu
6.4	Nas consultas, com qual frequência o (a) Senhor (a) é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada e outros?			Sempre
				Na maioria das vezes
				Quase nunca
				Nunca
				Não sabe/não respondeu
6.5	Nas consultas, o (a) Senhor (a) é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os sinais que indicam que o (a) Senhor (a) está melhorando ou piorando?			Sempre
				Na maioria das vezes
				Quase nunca
				Nunca
6.6	Nas consultas o (s) profissional (ais) faz (em) anotações no prontuário ou ficha do (a) Senhor (a)?			Sim
				Sim, algumas vezes
				Não sabe/não respondeu/não lembra
6.7	Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o (a) Senhor (a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?			Sempre
				Na maioria das vezes
				Quase nunca
				Nunca
6.8				Não sabe/não respondeu
				Sempre

	Na opinião do (a) Senhor (a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade.		Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu

7. Vínculo e Responsabilização			
7.1	Durante o atendimento nesta Unidade de Saúde, o (a) médico(a) deixa tempo suficiente para o (a) Senhor (a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
7.2	Na maioria das vezes, quanto tempo dura a consulta?	Nº _____	Minutos
			Não sabe/não respondeu
7.3	Durante o atendimento nesta Unidade de Saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o (a) Senhor (a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
7.4	Na maioria das vezes, quanto tempo dura a consulta?	Nº _____	Minutos
			Não sabe/não respondeu
7.5	Durante o atendimento nesta Unidade de Saúde, o(a) dentista deixa tempo suficiente para o (a) Senhor (a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu
7.6	Na maioria das vezes, quanto tempo dura a consulta?	Nº _____	Minutos
			Não sabe/não respondeu
7.7	Nessa unidade de saúde o (a) Senhor (a) é atendido pelo mesmo médico: Se quase nunca ou nunca pular para 7.9		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
7.8	Qual o nome do (a) médico (a)?		Sabe
			Não sabe / não respondeu
7.9	Nessa unidade de saúde o (a) Senhor (a) é atendido pelo mesmo enfermeiro? Se quase nunca ou nunca pular para 7.11		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
7.10	Qual o nome do (a) enfermeiro (a)?		Sabe
			Não sabe/não

			respondeu
7.11	Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?		Sim, todos os profissionais
			Alguns profissionais
			Não
			Não sabe/não respondeu
7.12	Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
7.13	Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do (a) Senhor (a)?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
7.14	Quando o (a) Senhor (a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? Se não precisou tirar dúvidas, passar para 7.16		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não precisou tirar dúvidas
			Não sabe/não respondeu
7.15	Na maioria das vezes, o (a) Senhor (a) consegue tirar as dúvidas:		Por telefone
			Por internet
			Indo a Unidade de Saúde
			Falando com o Agente Comunitário de Saúde ACS
			Outros
			Não precisou tirar dúvidas
7.16	Quando o (a) Senhor (a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta Unidade de Saúde, os profissionais procuram o senhor para saber o que aconteceu e retomar o atendimento? Se não, pular 7.18		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca abandonou ou faltou
			Não sabe/não respondeu
			Outro
7.17	Se sim, como lhe procuram?		Vai à sua casa
			Por telefone
			Por carta/e-mail
			Outro
7.18	O (a) Senhor (a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?		Sempre
			Na maioria das vezes

		Quase nunca
		Nunca

8. Coordenação do Cuidado

8.1	Quando o (a) Senhor (a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas? Se nunca precisou, passar para a questão 8.4		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu
8.2	Quando o (a) senhor (a) é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?		Sai da Unidade de Saúde com a consulta agendada.
			A consulta é marcada pela Unidade de Saúde e informada ao senhor (a) depois.
			A consulta é marcada pelo senhor (a) na central de marcação de consultas especializadas.
			O senhor (a) recebe uma ficha de encaminhamento/refe rência e procura o serviço indicado pelo profissional.
			O senhor (a) recebe uma ficha de encaminhamento/refe rência e procura o serviço que desejar.
			Não sabe/não respondeu
8.3	Depois que o (a) Senhor (a) foi atendido por outros profissionais fora desta Unidade de Saúde, a equipe conversou com o (a) senhor(a) sobre este atendimento?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
8.4	O (a) senhor (a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não

9. Visita Domiciliar

9.1	O seu Agente Comunitário de Saúde (ACS) visita o (a) Senhor (a) na sua casa?		Sim
			Não
			Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro
			Não sabe/não respondeu/não lembra
9.2	Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do (a) Senhor (a)?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não

					Não sabe/não respondeu
10. Satisfação do Usuário					
10.1	Quando o (a) senhor (a) procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?			Sim, sempre	
				Sim, algumas vezes	
				Nunca	
				Não sabe/não respondeu	
10.2	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta Unidade de Saúde?			Sim, sempre	
				Sim, algumas vezes	
				Esta unidade não entrega medicamento	
				Nunca	
10.3	De forma geral o que o (a) senhor (a) acha que as instalações da unidade de saúde:	S	N	Estão em boas condições de uso	
		S	N	Estão em boas condições de limpeza	
		S	N	Tem a quantidade de cadeiras suficientes para as pessoas sentarem no local de espera	
				Nenhuma das anteriores	
10.4	Na sua opinião o cuidado que o (a) Senhor (a) recebe da equipe de saúde é:			Muito bom	
				Bom	
				Regular	
				Ruim	
				Muito ruim	
		Não respondeu			
10.5	Na sua opinião o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:			Muito bom	
				Bom	
				Regular	
				Ruim	
				Muito ruim	
				NSA	
		Não sabe/não respondeu			
10.6	Caso o (a) Senhor (a) tivesse a opção mudaria de equipe ou Unidade de Saúde? Se não, passar para questão 10.8			Sim	
				Não	
10.7	Por que o (a) Senhor (a) mudaria de equipe ou Unidade de Saúde?			Distante de casa	
				Horário de atendimento não atende as necessidades.	
				Porque não consegue atendimento	
				É mal atendido	
				Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	
		Outros			
10.8	O (a) Senhor (a) recomendaria esta Unidade de Saúde para um amigo ou familiar?			Sim	
				Não	
10.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor (a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade?	Data:			
		Nota:			

11. Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários		
11.1	Quando o (a) Senhor (a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na Unidade de Saúde, o (a) Senhor (a) consegue? Se não ou nunca precisou, passar para a questão 11.3 .	Sim
		Sim, mas com dificuldade
		Não
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu
11.2	Quando o (a) Senhor (a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?	Sim, teve rapidamente
		Sim, mas demorou
		Não
		Nunca fez reclamação
		Não sabe/não respondeu
11.3	O (a) Senhor (a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do município?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
11.4	O (a) Senhor (a) sabe da existência de telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

ANEXO(S)

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

O presente estudo é uma pesquisa referente ao Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, intitulado **“Avaliação da Atenção Primária em Saúde realizada com usuários de Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma – SC: Instrumento PMAQ”**. O(a) sr(a) _____

_____ foi plenamente esclarecido de que participando desta pesquisa, estará participando de um estudo que tem como objetivo geral, a realização da avaliação da Atenção Primária em Saúde com usuários de Estratégias Saúde do município de Criciúma – SC, utilizando-se para isso o instrumento de avaliação externa PMAQ. Embora o(a) Sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhum tipo de remuneração. Além disso, desconhece-se qualquer risco ou prejuízo oferecido pela participação da presente pesquisa. Os dados referentes ao sr(a) serão resguardados, preceito este assegurado pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar qualquer informação durante todas as fases do estudo, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza-se ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada pela enfermeira residente Francieli Maragno, (Fone: 9904-6678) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da UNESC, orientado pela professora enfermeira e mestre Ioná Vieira Bez Birolo; (Fone: 9928-9765). O telefone do Comitê de Ética da Unesc é 3431.2723.

Criciúma (SC) ____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.