UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA FIGUEIREDO SOUZA GOMIDE

**A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde: um olhar sobre o
acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado**

**Ribeirão Preto
2015**

MARIANA FIGUEIREDO SOUZA GOMIDE

**A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde: um olhar sobre o
acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Co-orientador: Profa. Dra. Maria Del Pilar Serrano Gallardo

Ribeirão Preto

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gomide, Mariana Figueiredo Souza

A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde: um olhar sobre o acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado. Ribeirão Preto, 2015.

169 f. : il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Pinto, Ione Carvalho

Co-orientador: Gallardo, Maria Del Pilar Serrano

1. Atenção Primária à Saúde, 2. Satisfação do Usuário,
3. Acesso aos Serviços de Saúde, 4. Serviços Médicos de Emergência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza.

A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde: um olhar sobre o acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra aos inúmeros usuários dos serviços públicos de saúde, que perambulam em busca de atendimento às suas diversas necessidades de saúde, e que, na maioria das vezes, não conseguem acesso ao cuidado e acolhimento dos profissionais de saúde nas situações que mais precisam.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu fiel guardião ao longo desta jornada de vida.

Aos meus pais Silvio e Dalva, pelo seu amor incondicional há 31 anos de vida.

Ao meu marido Gustavo, meu eterno namorado e companheiro de vida, por todo o suporte e apoio dado durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por compreender todos os momentos em que precisei estar ausente.

À minha pequena Helena, que me apresentou o amor de mãe e que é principal razão para que eu me dedique a ser uma pessoa cada dia melhor.

À minha orientadora Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, com quem eu tenho trabalhado há dez anos e é a maior responsável pela pesquisadora que me tornei. Grande parte do meu aprendizado científico e intelectual devo a você.

Aos professores Pedro Fredemir Palha e Alexandre Fávero Bulgarelli que me nortearam no desenvolvimento deste trabalho com suas orientações no exame de qualificação.

À professora Maria Del Pilar Serrano Gallardo pelas contribuições para realização deste trabalho na qualidade de minha co-orientadora.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, a seus funcionários e docentes que acompanharam toda a minha formação acadêmica desde a graduação até o presente momento.

Aos coordenadores e funcionários dos cinco pronto-atendimentos públicos de Ribeirão Preto-SP que me receberam e colaboraram para a realização do estudo.

Aos usuários participantes do estudo que dispenderam seu tempo para responder a meus questionamentos e que confiaram em mim, enquanto pesquisadora, quando apresentaram suas opiniões sobre os serviços de atenção básica.

À minha querida amiga e colega de pós graduação Fabiana Costa Machado Zacharias por me socorrer todas as vezes em que precisei de auxílio nas diversas etapas antes de concluir a presente tese.

Às enfermeiras Brisa Polyana Gonçalves Figueira e Denise Ferro, e futura enfermeira Isabela Lemos Vaz pela colaboração na coleta de dados.

Aos estatísticos Jonas Bodini Alonso e Diorgines Herculano da Silva pela colaboração nas análises estatísticas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

Aos meus amigos de Ribeirão Preto e familiares pelo incentivo proporcionado durante todo o curso de Doutorado.

*“O tempo muito me ensinou:
Ensinou a amar a vida,
Não desistir de lutar,
Renascer na derrota,
Renunciar às palavras
E pensamentos negativos,
Acreditar em valores humanos,
E a ser OTIMISTA.
Aprendi que mais vale
tentar do que recuar.....
Antes acreditar do que duvidar
Que o que vale na vida,
Não é o ponto de partida,
E sim a nossa caminhada.”*

(Cora Coralina)

GOMIDE, M. F. S. A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde: um olhar sobre o acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado. 2015. 169f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

RESUMO

Objetivou-se analisar a satisfação dos usuários com o acesso e o acolhimento da Atenção Básica (AB) à saúde, a partir dos atendimentos nas unidades de Pronto-Atendimento (PA). Estudo misto do tipo concorrente em que dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente. A amostra foi constituída por 514 usuários em situações não urgentes das cinco unidades de PA dos cinco Distritos de Saúde (DS) de Ribeirão Preto-SP e que passaram em atendimento na AB ao menos uma vez nos seis meses que antecederam a coleta de dados para avaliar o atendimento na unidade de AB de referência. Utilizou-se o instrumento EUROPEP para essa avaliação. Identificou-se os usuários por meio das fichas de atendimento do PA segundo o sexo, a faixa etária, o bairro de procedência, a frequência de atendimento no PA, a justificativa da procura, as condutas e os encaminhamentos realizados. Desta amostra, selecionaram-se 28 usuários para responder as entrevistas semiestruturadas. Analisaram-se os dados quantitativos por meio de frequência simples, além do teste de Fischer e qui-quadrado para análise bivariada e análise de correspondência para análise multivariada. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para analisar as entrevistas. Têm-se como principais resultados que 42,4% e 27,1% dos usuários responderam “ruim” ou “péssimo” sobre a facilidade em marcar uma consulta e o tempo que esperaram para ser atendidos respectivamente. Em oposição, 73% responderam “muito bom” ou “bom” para o interesse do profissional em ouvir os problemas e em sentir-se à vontade para contar os problemas aos profissionais. 32,2% responderam “não se aplica” sobre o alívio rápido dos sintomas indicando a demora em realizar os exames, checagem dos resultados pelo médico e tomada de conduta frente aos resultados. Apenas 12,7% referiram que foram atendidos na AB no mesmo dia em que procuraram a unidade de saúde. As entrevistas confirmam esses achados pois indicam satisfação com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde na AB, e insatisfação com a demora no agendamento de consultas e com a dificuldade em serem acolhidos por demanda espontânea. Na avaliação geral do instrumento EUROPEP há maior percentual de respostas “muito bom” ou “bom” para as variáveis de satisfação. Satisfação com o atendimento na AB também foi identificado na maioria das entrevistas. Ao relacionar as características sociodemográficas com o indicador de satisfação, tem-se que os usuários mais novos e mais instruídos estão menos satisfeitos. Não houve associação entre a frequência de atendimento no PA e a satisfação dos usuários, portanto tanto aqueles que procuram poucas vezes quanto os que buscam o PA mais vezes apresentaram opiniões semelhantes sobre a oferta de serviços da AB. Não observou-se divergências significativas da satisfação do usuário nos diferentes distritos de saúde. Conclui-se que apesar das fragilidades com os serviços de AB, a maioria dos usuários estão satisfeitos com o atendimento recebido nessas unidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Satisfação do Usuário. Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços Médicos de Emergência.

GOMIDE, M.F.S. User satisfaction with Primary Health Care care: a look at access and care from the perspective of those who are cared. 2015. 169f. Thesis (Ph.D.) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the satisfaction of multiple users who had access and host of Primary Health Care (PHC) from attendances to Emergency Care Units (ECU). This was a mixed study where quantitative and qualitative data was collected simultaneously. The sample consisted of 514 users in non-urgent conditions. All patients were from the five ECU located in the five health districts (HD) of Ribeirão Preto-SP. As a requirement, and in advance of data collection, all users where required to spend at least six months to be selected for evaluation at a PHC unit. We used the EUROPEP instrument for this assessment. It identifies users through ECU records according to gender, age group and origin. The same tool was used to track the frequency of service at the ECU, the justification of the demand, conduct and user referrals. From this sample, we selected 28 members to answer semi-structured interviews. Quantitative data was analyzed along with the Fischer test/chi-square for using single frequency and bivariate correlation analysis and multivariate analysis to correspondence analysis. We used a content analysis technique to analyze the interviews. The results indicated 42.4% and 27.1% of patients responded "bad" or "terrible" when asked about the ease and time it took to make an appointment. In contrast, 73% answered "very good" or "good" concerning the professional interest shown when hearing or discussing problems with a medical professional. Additionally, 32.2% answered "not applicable" when questioned about the rapid relief of symptoms, indicating the delay in carrying out the examinations, checking results by the doctor and his conduct according to results. Only 12.7% said they were treated at PHC on the same day that they searched for the health unit. The interviews confirm these findings since they denote satisfaction with the care received by health professionals in PHC, and dissatisfaction with the delay in scheduling appointments plus the difficulty experienced in being accepted on spontaneous demand. The overall assessment of EUROPEP instrument had the highest percentage of answers "very good" or "good" when patients were asked variable questions regarding overall satisfaction. Approval of the care given by PHC providers has also been acknowledged in most interviews. By linking the socio-demographic characteristics with the indicator of satisfaction, younger and better educated patients were identified as being the least satisfied. There was no association between the frequency of attendance at ECU and patient satisfaction, regardless of those seeking care a few times in the six month time frame or those who seeking the ECU more often, both had similar views regarding the offer of PHC services. We did not observe significant differences in patient satisfaction at the varied HDs. In conclusion, despite the weaknesses with PHC services, most patients were satisfied with the care received in these units.

Keywords: Primary Health Care. Patient Satisfaction. Access to Health Services. Emergency Medical Services.

GOMIDE, M.F.S. Satisfacción de los usuarios con la Atención Básica de Salud: una mirada sobre el acceso y la recepción desde la perspectiva de aquellos que son atendidos. 2015. 169f. Tesis (doctorado) - Ribeirão Preto Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la satisfacción de los usuarios sobre el acceso y la recepción de la Atención Básica (AB) de salud, a partir de las consultas en las unidades de Atención Urgente (AU). Estudio mixto concurrente, en el que los datos cuantitativos y cualitativos se recogieron de forma simultánea. La muestra estuvo constituida por 514 usuarios en situaciones no urgentes de las cinco unidades de AU de los cinco Distritos de Salud (DS) de Ribeirão Preto-SP y que fueron atendidos en unidades de AU al menos una vez en los seis meses anteriores a la recolección de datos, para evaluar la asistencia en las unidades de AU de referencia. Se utilizó el instrumento EUROPEP para dicha evaluación. Se identificó a los usuarios a través de los registros de servicio de la AU en función del sexo, grupo de edad, barrio de procedencia, la frecuencia de atención por el servicio de AU, el motivo de la demanda, las procedimientos y las derivaciones realizadas. De esta muestra, se seleccionaron 28 miembros para responder a las entrevistas semi-estructuradas. Los datos cuantitativos se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas, además de prueba de Fischer y Chi-cuadrado para el análisis bivalente y análisis de correspondencias para el análisis multivariante. Se utilizó la técnica de análisis de contenido para analizar las entrevistas. Como principales resultados se obtuvo que el 42,4% y el 27,1% de los usuarios respondieron "mala" o "pésima" sobre la facilidad para hacer una cita y el tiempo de espera para ser atendido, respectivamente. En contraste, el 73% respondió "muy buena" o "buena" sobre el interés profesional en escuchar sus problemas y sentirse a gusto para decirle los problemas a los profesionales. Un 32,2% respondió "no aplicable" en el rápido alivio de los síntomas, indicando la demora en la realización de las pruebas, la verificación de los resultados por el médico y realizar la conducta adecuada respecto a dichos resultados. Sólo el 12,7% dijo que fueron tratados en AB en el mismo día que solicitaron atención en la unidad de salud. Las entrevistas confirman estos hallazgos, ya que indican la satisfacción con la atención recibida por los profesionales de la salud en el AB, y la insatisfacción con el retraso en la programación de citas y la dificultad de ser atendidos por demanda espontánea. En la evaluación general del instrumento EUROPEP tuvieron el mayor porcentaje de respuestas "muy buena" o "buena" las variables de satisfacción. La satisfacción con la atención en AB también ha sido identificada en la mayoría de las entrevistas. Al relacionar las características socio-demográficas con el indicador de la satisfacción, se observó que los usuarios más jóvenes y con mayor nivel educativos están menos satisfechos. No hubo asociación entre la frecuencia de atención en AU y la satisfacción del usuario, dado que tanto los que solicitan pocas veces la AU como los que lo hacen más, tenían opiniones similares sobre la prestación de servicios de AB. No se observaron diferencias significativas en la satisfacción del usuario en diferentes distritos de salud. En conclusión, a pesar de las debilidades de servicios de AB, la mayoría de los usuarios están satisfechos con la atención recibida en estas unidades.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Satisfacción de los usuarios. Acceso a los Servicios de Salud. Servicios Médicos de Emergencia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Trabalhos publicados no período de 2002 a 2015 com a combinação entre os descritores na base de dados LILACS, Web of Science e PUBMED.	28
Quadro 2: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Oeste, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária (em horas), Ribeirão Preto, 2014.	46
Quadro 3: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Leste, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.	48
Quadro 4: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Central, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.	49
Quadro 5: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Norte, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.	51
Quadro 6: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Sul, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP segundo sexo, idade e escolaridade, Ribeirão Preto, 2014.....	74
Tabela 2: Equipes de Saúde das quais os usuários que responderam ao instrumento EUROPEP são provenientes, Ribeirão Preto, 2014.	75
Tabela 3: Classificação dos indicadores-chave de satisfação (instrumento EUROPEP) dos usuários dos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.	83
Tabela 4: Avaliação de “Bom” e “Muito bom” dos indicadores de satisfação instrumento EUROPEP, segundo escolaridade, serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.	84
Tabela 5: Avaliação de “Bom” e “Muito bom” dos indicadores de satisfação, segundo faixa etária, serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014	86
Tabela 6: Avaliação de “Bom” e “Muito bom” dos indicadores de satisfação, segundo auto-percepção de saúde, serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	88
Tabela 7: Equipe de Saúde de AB que foram mais bem e mais mal avaliadas pelos usuários, segundo os indicadores de satisfação instrumento EUROPEP, Ribeirão Preto, 2014	90
Tabela 8: Sugestões e reclamações dos usuários sobre os serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014	92
Tabela 9: Comparação de resultados dos indicadores-chaves entre estudo EUROPEP em Portugal, Manguinhos-RJ e o presente estudo.	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Avaliação dos usuários sobre a Relação e Comunicação nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	78
Gráfico 2: Avaliação dos usuários com os Cuidados Médicos nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	79
Gráfico 3: Avaliação dos usuários sobre a Informação e Apoio nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	80
Gráfico 4: Avaliação dos usuários na Continuidade e cooperação nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	80
Gráfico 5: Avaliação dos usuários na Organização dos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	81
Gráfico 6: Avaliação dos usuários quanto aos serviços prestados pelas unidades de AB, Ribeirão Preto, 2014.....	82
Gráfico 7: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo o PA em que foi aplicado, Ribeirão Preto, 2014.....	93
Gráfico 8: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo a justificativa para a procura pelo PA em que foi aplicado, Ribeirão Preto, 2014. ...	94
Gráfico 9: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo a conduta dada pelo médico após o atendimento no PA em que foi aplicado, Ribeirão Preto, 2014.....	94
Gráfico 10: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP segundo a frequência de atendimento no PA, no período de 26 de março de 2013 a 26 de março de 2014, Ribeirão Preto, 2014.	95
Gráfico 11: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo a frequência de atendimento em serviços de saúde especializados, no período de 26 de março de 2013 a 26 de março de 2014, Ribeirão Preto, 2014.	96

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Avaliação das equipes de saúde segundo faixa etária, escolaridade, auto percepção de saúde, sugestões na AB, Ribeirão Preto, 2014	97
Mapa 2: Avaliação das equipes de saúde agrupadas segundo a variável de satisfação facilidade em marcar uma consulta na AB, Ribeirão Preto, 2014.....	102

LISTA DE SIGLAS

AB -	Atenção Básica
APS -	Atenção Primária à Saúde
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad -	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CONEP -	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DASP -	Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas
DRS XIII -	Departamento Regional de Saúde
EACS -	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
EERP -	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUROPEP -	<i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i>
FMRP -	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GO -	Ginecologia e Obstetrícia
HC -	Hospital das Clínicas
LILACS -	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE -	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NADEF -	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA-59 -	Ambulatório Regional de Especialidades
NSF -	Núcleo de Saúde da Família
PA -	Pronto-Atendimento
PAM II -	Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
PCAS -	<i>Primary Care Assessment Survey</i>
PCATool -	<i>Primary Care Assessment Tool</i>

PMAQ-AB -	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH -	Política Nacional de Humanização
PSF -	Programa de Saúde da Família
PUBMED -	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
QUALICOPC -	<i>Quality and Costs of Primary Care in Europe</i>
SAMU -	Serviço Móvel de Urgência
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UBDS -	Unidade Básica Distrital de Saúde
UNAERP -	Universidade de Ribeirão Preto
UNIP -	Universidade Paulista
USF -	Unidade de Saúde da Família
USP -	Universidade de São Paulo
UPA -	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	25
2.1 Alta demanda de casos não urgentes em serviços de urgência e emergência - uma realidade mundial	26
2.2 Quadro Teórico.....	27
2.3 Revisão dos instrumentos de pesquisa para avaliação de serviços de atenção básica à saúde na ótica dos usuários.....	32
3 JUSTIFICATIVA	34
4 OBJETIVOS	38
4.1 Geral	39
4.2 Específicos.....	39
5 PERCURSO METODOLÓGICO	40
5.1 Tipo de Estudo.....	41
5.2 Campo do Estudo	43
5.3 Cenário do Estudo	44
5.4 A definição da população do estudo e seleção dos sujeitos	54
5.4.1 Técnica de amostragem	55
5.5 Coleta de dados – o período, as técnicas e instrumentos utilizados	56
5.5.1 O período	56
5.5.2 As técnicas e instrumentos	57
5.5.2.1 Fonte primária – uso do instrumento EUROPEP	57
5.5.2.2 Fonte secundária – Fichas de Atendimento do Pronto Atendimento	59
5.5.2.3 Fonte primária - Entrevista semiestruturada.....	60
5.5.2.4 Fonte primária – diário de campo.....	61
5.6 Análises dos Dados.....	62
5.7 Aspectos Éticos	64

6 RESULTADOS	65
6.1 Registros do Diário de Campo.....	66
6.1.1 Caracterização do local do estudo – Os cinco Pronto-Atendimentos públicos do município de Ribeirão Preto	66
6.1.2 Contexto dos PAs: Implicações para os usuários observados no momento da coleta de dados	70
6.2 Dados do Questionário EUROPEP	71
6.2.1 Caracterização sociodemográfica dos usuários do estudo.....	71
6.2.2 Marcação e pontualidade das consultas e visitas domiciliares	76
6.2.3 Indicadores de satisfação	77
6.2.4 Cruzamento entre as variáveis do instrumento EUROPEP - Análise bivariada.....	84
6.2.5 Sugestões e reclamações dos usuários.....	91
6.3 Dados das Fichas de Atendimento do PA	93
6.3.1 Características dos atendimentos recebidos no PA	93
6.3.2 Cruzamento entre as variáveis do instrumento EUROPEP e os dados das fichas dos atendimentos recebidos no PA - Análise multivariada.....	96
6.4 Falas dos Usuários nas Entrevistas Semiestruturadas	103
 7 DISCUSSÃO	 122
7.1 Análise comparativa dos resultados com os estudos onde foi aplicado o instrumento EUROPEP	123
7.2 Atenção à saúde na AB: potencialidades e fragilidades	128
7.3 A organização dos serviços públicos de saúde e suas implicações no processo de trabalho	134
 8 CONCLUSÃO.....	 139
 9 REFERÊNCIAS	 142
 10 APÊNDICES	 154
 11 ANEXOS	 160

APRESENTAÇÃO

A motivação para o desenvolvimento do presente estudo iniciou-se com o término do meu trabalho de mestrado intitulado “A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários” em que foi analisada a procura pelo pronto-atendimento na perspectiva dos usuários em um dos Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.

Sou ribeirão-pretana e obtive toda a minha formação acadêmica neste município, tendo vivenciado durante os estágios realizados na graduação e pós-graduação, a perambulação de diversos usuários pelos serviços públicos da rede de atenção à saúde em busca de respostas que satisfizessem suas necessidades de saúde. Sejam elas de origem biológica ou psicossocial.

Nesse sentido, despertou-se o interesse em investigar com maior profundidade a relação da satisfação dos usuários dos serviços públicos de atenção básica com o acesso e acolhimento recebido durante a prestação do cuidado, compreendendo todo o município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisar sobre esta temática, para mim, enquanto pesquisadora, enfermeira, e amante do cuidado às pessoas e à vida, significa dar vozes aos que necessitam de cuidado e por muitas vezes não os têm ou porque não conseguem ir além da recorrente procura por um serviço de prontidão, ou até se omitem de procurar qualquer serviço de saúde pela concepção de que não conseguirão atendimento quando precisam.

Com esta obra, busca-se representar como os usuários avaliam a acessibilidade dos serviços de atenção básica e o acolhimento dos profissionais que os atendem, com a finalidade de contribuir com a gestão e organização destes serviços.

É importante destacar que o termo “Atenção Básica” (AB), é sinônimo do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) e que, neste estudo, ora se utiliza este último ao invés do primeiro porque é o mais conhecido em âmbito internacional, sendo caracterizado como descritor de assunto nas bases de dados da literatura. No entanto, como se trata de estudo nacional, também se empregou o termo “atenção básica” por ser mais bem compreendido na realidade do processo de trabalho.

Assim o trabalho está dividido em breve introdução teórica e conceitual, revisão da literatura e justificativa para a realização do estudo, objetivos, percurso metodológico, resultados, discussão e conclusão.

1 INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, por meio da Constituição Federal Brasileira, obteve-se o reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios organizativos. Dentre eles: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; equidade; integralidade da assistência e participação da comunidade (BRASIL, 2011a).

A atenção à saúde designa um conjunto heterogêneo de práticas que se destinam a evitar, eliminar ou minorar o sofrimento humano, considerado por razões sociais, culturais e técnicas como sendo um “problema de saúde” (CAMARGO JUNIOR, 2009) e, para muitos usuários, esta é a principal razão para busca por atendimento em um serviço de saúde.

Para o atendimento em saúde à população, o SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas atuando sobre todo o território nacional em níveis de atenção. Deste modo, têm-se a assistência básica, média e de alta complexidade que visam à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema (BRASIL, 2009).

A partir desta conformação, Mendes (2008) sinaliza uma crise contemporânea nas redes de atenção à saúde com sistemas fragmentados, sem comunicação entre si, voltados às condições agudas, uma vez que na atualidade há prevalência de condições crônicas, considerando o envelhecimento contínuo da população brasileira, bem como o aumento da expectativa de vida (PALHA, 2015).

As redes de atenção à saúde são organizações de conjuntos de serviços de saúde que se destinam a uma missão única, com objetivo de ofertar atenção contínua e integral à população. Contudo, estes sistemas fragmentados não garantem essa continuidade da atenção, pois há foco nas condições agudas por meio das unidades de Pronto-Atendimento (PA) (MENDES, 2008).

Essas unidades de PA estão interligadas às Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDSs) e se constituem em unidades que funcionam ininterruptamente, para atender a qualquer pessoa que procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas, com caráter de urgência ou emergência (BRASIL, 2009).

O PA foi criado com o objetivo de atender de forma mais rápida os usuários que se aglomeravam em filas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), uma vez que a demanda espontânea não tinha acesso à Atenção Básica (AB). No entanto, esta estratégia resultou em grande estímulo para a população procurar esse tipo de serviço, onde dispõe de porta de acesso mais rápida e, aparentemente, consegue a resolução das suas necessidades de saúde (ROCHA, 2005).

Além disso, usuários frequentes a estes serviços de prontidão, por serem atendidos rotineiramente e significarem diversas vezes desperdício de tempo e recursos na visão dos profissionais que atendem, podem mascarar a gravidade real dos problemas de saúde (ACOSTA, PELEGRINI e LIMA, 2011).

Por meio do Decreto nº 7508, essas unidades de atendimento às urgências e emergências foram definidas como mais uma porta de entrada para a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011b). Porém, mesmo sendo consideradas mais uma porta de entrada para o sistema, são unidades que tratam especificamente da queixa principal que leva o usuário ao serviço de saúde (ROCHA, 2005; MARQUES e LIMA, 2007; GOMIDE, PINTO e FIGUEIREDO, 2012; GOMIDE et al., 2012).

É pressuposto que as necessidades de saúde desses usuários não estejam sendo ouvidas nos serviços de saúde de AB (UBS e Unidades de Saúde da Família – USF), e, por isso, o retorno insistente ao PA. Necessidades como a busca de respostas às questões econômicas, às más condições de vida, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou ainda, ao acesso a alguma tecnologia que lhe possa proporcionar qualidade de vida (MARQUES e LIMA, 2007).

No presente estudo entende-se que as necessidades de saúde estão relacionadas à produção e reprodução social e à acessibilidade às ações de saúde. E que o cuidado em saúde deve ser planejado tendo em vista as necessidades e os serviços de saúde que devem estar dispostos para tratar tais necessidades, compreendendo seus significados e os sujeitos implicados no processo de produção e consumo à saúde (MORAES, BERTOLOZZI e HINO, 2011).

A concepção do SUS está baseada em um modelo de atenção voltado para as necessidades da população (BRASIL, 2011a). Nesse sentido está a importância da AB que deve cumprir entre os papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a capacidade de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde da população, a capacidade de acolher e orientar os fluxos e contra-fluxos de usuários entre os componentes das redes (MENDES, 2008).

Por conseguinte, é importante pensar em uma transformação no processo de trabalho nesses serviços de saúde, no sentido de potencializar a capacidade dos profissionais de identificar riscos e agravos e adequar as respostas às queixas trazidas pelos usuários (BRASIL, 2004), modificando a visão do profissional sobre o modelo biomédico, voltado para a cura da doença. Neste modelo, a saúde é entendida como o bom funcionamento do corpo físico e ausência de dor. Diferentemente do modelo humanizado que é voltado para a

promoção da qualidade de vida, da autonomia e da integralidade da assistência (ACIOLI, 2009).

Dessa forma, a integralidade é pensada enquanto um princípio educativo, em que a participação social aumenta a permeabilidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população (MACHADO, 2005).

É provável que os usuários busquem nos serviços de saúde algo ou alguma ação dos profissionais de saúde que resolva, ou pelo menos minimize, o problema que o levou a procurar aquele serviço. Assim como Starfield (2002), entende-se que, se há falha na porta de entrada, a atenção necessária é adiada.

Nesse contexto, o tema da satisfação do usuário, atualmente, representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, considerando que a importância do reconhecimento técnico na perspectiva do usuário tem crescido na medida em que é abordada a qualidade dos serviços de saúde. É fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais e a forma de organização dos serviços. (MISHIMA et al., 2010).

A satisfação do usuário apresenta-se em um cenário de polissemia conceitual e escassa teorização, sendo que estudos têm apontado a diversidade de abordagens teóricas e metodológicas nas investigações de satisfação do usuário em diferentes dimensões (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006; MISHIMA et al., 2010).

No presente estudo, utilizaram-se as dimensões de acesso e acolhimento para analisar essa temática, entendendo que o acesso pode ser avaliado por meio de indicadores de resultado da passagem do usuário pelo sistema de saúde, dentre eles a satisfação dos usuários (SANCHEZ e CICONELLI, 2012) e o acolhimento como uma tecnologia leve que o profissional despende durante o atendimento, e que está diretamente relacionada à satisfação do usuário, conforme observado nos estudos de Gaios e Mishima (2007); Ferri et al. (2007); Mendes et al. (2009) e Gomide, Pinto e Figueiredo (2012).

O acesso se refere à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário (MISHIMA et al, 2010). E como Medeiros et al. (2010), neste estudo considera-se que dar acolhimento não significa garantir a resolução completa dos problemas trazidos pelos usuários, mas dar atenção, estar aberto à escuta, valorizar as queixas e identificar necessidades, sejam estas individuais ou coletivas.

Para Ferri et al. (2007), a assistência prestada à população deve satisfazer as necessidades dos usuários na sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional,

cultural e social. Donabedian (1980) traz como conceito de satisfação do usuário a reação que ele tem diante do contexto, processo e resultado global de sua experiência relativa a um serviço.

Para Malus et al. (2011), a satisfação do usuário é um conceito complexo e multidimensional difícil de se medir, todavia há um consenso de entendê-la a partir das expectativas de quem é cuidado e sobre o que é importante para eles.

Oliveira & Guirardello (2006) e Vaitsman & Andrade (2005) definem a satisfação como o grau de congruência entre a expectativa e a percepção do usuário sobre o cuidado recebido. E entende-se como cuidado:

“[...] uma atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e consequentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. (AYRES, 2009, p. 133)

Partindo desses conceitos, pressupõe-se que a AB tem potência para desenvolver ações de acesso e acolhimento para atender ao usuário. Nesse sentido, com este estudo pretende-se, a partir dos atendimentos não urgentes no PA, analisar a satisfação dos usuários em relação ao acesso e acolhimento da AB.

Os usuários considerados não urgentes atendidos no PA pertencem às áreas adstritas dos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto - SP, que podem procurar o PA de cada distrito por demanda espontânea ou encaminhamentos provenientes das respectivas UBSs e USFs. Logo, olhar para as demandas não urgentes do PA significa a possibilidade de compreender o que tem ocorrido na relação do usuário com os serviços prestados nas UBSs e com as USFs.

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

2.1 Alta demanda de casos não urgentes em serviços de urgência e emergência - uma realidade mundial

Ao pesquisar sobre a problemática da demanda aumentada de usuários não urgentes procurarem serviços de urgência e emergência, foi identificado que este é um tema recorrente mundialmente, considerando os diferentes artigos encontrados que abordam o assunto.

Segundo Nelson (2011), da Nova Zelândia, as taxas de atendimento em serviços de urgência aumentaram significativamente na última década, com grande procura de usuários não urgentes.

Em estudo na Suíça, também foi identificado que a prevalência de casos não urgentes em serviços de urgência era grande (BARDELLI e KAPLAN, 2013).

Consoante estudo na França, tem se intensificado o número de pacientes que procuram atendimento nos departamentos de urgência, e, entre as razões para a procura por estes locais está a difícil acessibilidade a outras fontes de cuidados à saúde (DURAND et al, 2012).

Para Hayden, Joriles e Rosen (2010), no Reino Unido, serviços de urgência superlotados é um problema universal, e os autores entenderam que é popularmente conhecida a ideia de que pacientes que não têm atenção médica na Atenção Primária à Saúde (APS) vão para os serviços de urgência, justificando o porquê de estes locais estarem sempre cheios. Entenderam, também, que existe uma relação inversa entre a falta de APS e as visitas aos serviços de urgência por pacientes não urgentes, considerando que se há disponibilidade para a atenção primária, os serviços de prontidão para esses casos não são necessários.

Villani e Mortensen (2013), da Universidade de Mayland nos Estados Unidos, apontaram a crescente demanda pelos serviços de urgência e fizeram uma análise sobre a relação da utilização dos serviços de urgência pelos pacientes não urgentes e a qualidade do acesso e comunicação provida de uma fonte regular de cuidado, observando que a presença de barreiras para acessar atendimentos de saúde está intimamente ligada à decisão de usuários procurarem estes serviços por problemas não urgentes.

Kalemoglu et al. (2004) avaliaram registros médicos de um serviço médico de urgência em um hospital escola em Istambul - Turquia para identificar em que condições de saúde os usuários estavam procurando atendimento e identificaram que 56% deles não eram situações de urgência, concluindo a necessidade de melhorar as condições e número de serviços de APS para atender a esses usuários.

Para Becker et al (2012) existem muitos usuários que buscaram os serviços de PA com problemas que poderiam ser resolvidos no nível primário de atenção.

Em contrapartida, Palmer et al. (2014) apontaram que a superlotação dos serviços de urgência e emergência é um problema de saúde pública internacional e fizeram uma análise comparativa do número de visitas aos serviços de urgência dos usuários com e sem cuidados primários disponíveis, e tiveram entre os principais achados que o uso frequente destes locais não estavam relacionados à falta de cuidados primários.

Na mesma lógica, Mishima et al. (2010) identificaram que uma porção expressiva de usuários que procuraram os serviços de AB, também procuraram os serviços de urgência, concluindo para a necessidade de aprofundar nos aspectos de análises desse uso simultâneo.

Nessa perspectiva, traz-se a necessidade de mais estudos que tragam com maior acurácia a relação do que ocorre no encontro entre usuários e profissionais de saúde nos serviços de atenção básica, destinando melhor compreender o fenômeno da alta demanda de usuários não urgentes nos serviços de urgência e emergência que é tão abordado em âmbito internacional.

2.2 Quadro Teórico

Com a finalidade de identificar o estado da arte a respeito do objeto em investigação, foi realizada uma revisão em bases eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando os descritores: “atenção primária à saúde”, “satisfação do usuário”, “acesso aos serviços de saúde” e “serviços médicos de urgência”. Utilizaram-se estes mesmos termos para busca por tópicos no conjunto de base de dados do Web of Science.

Outra base de dados percorrida foi a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED) utilizando os descritores do Mesh (*Medical Subject Heading*): “primary health care”, “patient satisfaction”, “health services accessibility” e “emergency medical services”.

A revisão de literatura incluiu os trabalhos publicados nos últimos 13 anos (2002 a 2015). Esse período foi considerado levando-se em conta o início da elaboração do projeto de tese. Após a combinação entre os quatro descritores, foram encontrados os seguintes resultados:

Quadro 1: Trabalhos publicados no período de 2002 a 2015 com a combinação entre os descritores na base de dados LILACS, Web of Science e PUBMED.

Combinação entre descritores	Base de dados	Número de publicações	
Atenção primária à saúde, satisfação do usuário e acesso aos serviços de saúde	LILACS	4	402
	Web of Science	3	
	PUBMED	395	
Atenção primária à saúde, satisfação do usuário e serviços médicos de emergência	LILACS	1	119
	Web of Science	0	
	PUBMED	118	
Satisfação do usuário, acesso aos serviços de saúde e serviços médicos de emergência	LILACS	1	99
	Web of Science	0	
	PUBMED	98	
Atenção primária à saúde, acesso aos serviços de saúde e serviços médicos de emergência	LILACS	0	281
	Web of Science	2	
	PUBMED	279	
Todos os descritores	LILACS	0	19
	MEDLINE	0	
	PUBMED	19	

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, Conjunto de base de dados do Web of Science e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, março a junho de 2015.

Dentre os 19 trabalhos encontrados com os quatro descritores na Base PUBMED, 16 foram excluídos para a revisão uma vez que não faziam parte do enfoque para o presente estudo, sendo que três trabalhos abordavam a atenção à saúde em pediatria, quatro tratavam da temática de saúde mental, três estavam voltados para a questão econômica de acesso aos serviços de AB, sinalizando expressiva diferença de modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, seis não tratavam de avaliação de serviços de AB, apesar de “primary health care” ter

sido utilizado como descritor de assunto para a busca. Portanto, incluíram-se apenas três trabalhos com todos os descritores.

Além destes três trabalhos da base PUBMED, a fim de buscar mais estudos com a temática pesquisada para discussão, foram selecionados mais 14 trabalhos que tiveram ao menos cruzamento de três descritores nas bases pesquisadas e cuja temática continha maior congruência entre o objeto de investigação deste estudo, e que, portanto, representaram relevância para discussão teórica e metodológica.

Deste modo, tem-se a totalidade de 17 trabalhos que compuseram a revisão deste estudo.

Mendes et al. (2012) avaliaram a acessibilidade dos usuários para a atenção básica na cidade de Recife em 2009 e identificaram demora no agendamento de consultas, bem como outros diversos problemas organizacionais que podem ter se constituído em barreiras que limitam a acessibilidade dos usuários e portanto caracterizando grande insatisfação com os serviços básicos de saúde

Souza et al (2008) estudaram acesso e acolhimento na AB por meio de grupo focal composto por usuários e equipes de duas unidades de saúde de um município do Nordeste, e obtiveram como resultados a ampliação da rede básica, apesar de ter contribuído para a acessibilidade geográfica, ainda evidenciaram desproporção entre a oferta e a demanda para atendimento; e também que o acolhimento ainda é um processo em construção, variando em níveis de concepção entre as diferentes unidades de saúde.

Rosa, Pelegrini e Lima (2011), por meio de entrevistas a usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) analisaram a visão dos usuários sobre a resolutividade da assistência desta unidade e a relação com sua satisfação. Identificaram que os usuários relatam ter dificuldades com o acesso aos encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, que a resolutividade pode ser alcançada por meio do acolhimento a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção, e a existência da relação entre encontrar resolutividade sempre ou na maioria das vezes e estar muito satisfeito.

Puccini e Cornetta (2008) investigaram, por meio de entrevistas aos usuários do Pronto-Socorro de Itapeirica da Serra-SP, se determinadas ocorrências nosológicas atendidas no serviço estavam relacionadas às possíveis falhas dos serviços de AB. Os resultados confirmaram os pressupostos do estudo, destacando, dentre as falhas na organização destes serviços, as dificuldades de acesso e acolhimento nas UBSs.

Mishima et al. (2010) estudaram a utilização dos serviços de saúde de um Distrito de Saúde (DS) de Ribeirão Preto-SP, por meio de entrevistas a 40 usuários cadastrados em uma

USF, e obtiveram como resultados a identificação da ocorrência do uso simultâneo e da duplicação na utilização dos serviços de saúde, portanto, um mesmo usuário utiliza o PA e a USF.

Cotta et al. (2005) avaliaram a satisfação dos usuários referente ao cuidado em saúde prestado pela equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família (PSF) de Teixeira – MG, por meio de um questionário semiestruturado dirigido aos usuários da unidade e encontraram que gentileza, boa vontade, capacidade de escuta e capacidade de entender os motivos do usuário têm elevado o grau de satisfação de usuários do PSF.

Zils et al. (2009), por meio da aplicação do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) Brasil (Shi, Starfield e Jihaong, 2001) aos usuários cadastrados em quatro serviços de atenção básica de Porto Alegre-RS, compararam a satisfação de usuários na qualidade do processo de atenção recebida. Os resultados apontaram pouca satisfação dos usuários com o acesso e o tempo dispendido na sala de espera, maior satisfação com a relação médico-pessoa, e que usuários de serviços com alto grau de orientação à atenção primária obtêm maior satisfação nos atendimentos.

Nelson (2011) fez uma investigação em um serviço de urgência em Roxburgh – Nova Zelândia para identificar por que usuários não urgentes procuravam serviços médicos de urgência, ao invés de serviços de cuidados primários por meio de entrevistas por telefone, muitos relataram entre uma das principais razões a facilidade de acesso e a necessidade de realizar exames com maior densidade tecnológica (Raios-X), em concordância com os achados de outros estudos (GOMIDE, PINTO e FIGUEIREDO, 2012; GOMIDE et al., 2012).

Villani e Mortensen (2013), em pesquisa por meio de entrevistas e preenchimento de um questionário autoaplicável, apontaram barreiras para obtenção da assistência nos serviços de atenção básica e concluíram que a melhora do acesso aos cuidados primários podem repercutir na diminuição da demanda de usuários não urgentes nos serviços de -urgência.

Lovis et al. (2007) realizaram uma análise prospectiva de 502 internações consecutivas no departamento de emergência do hospital regional em Nyon, na Suíça, e identificaram que a maioria dos casos de baixa complexidade foi admitida durante o horário de trabalho da população. O estudo aponta para a necessidade de análise de fluxo de pacientes para detectar superlotação do serviço e, então, encontrar as soluções adequadas para a redução da demanda.

Gallagher et al. (2013) na Irlanda descreveram as experiências de continuidade do cuidado dos usuários com condições crônicas da APS após horas extras de atendimento de um grupo de profissionais de cuidados primários e observaram que estes profissionais, na visão

dos usuários foram relevantes para a continuidade do cuidado no serviço, causando impacto diferencial para os usuários que obtiveram essa assistência.

Caccia-Bava et al. (2011) buscaram identificar as razões da procura pelo PA e as possíveis causas da sua não adesão às unidades básicas pelos usuários, mesmo que com demandas compatíveis de serem resolvidas neste serviço, utilizando um levantamento de fichas de atendimento no PA e entrevistas semiestruturadas aos usuários de um Centro de Saúde de Ribeirão Preto-SP. Tiveram como resultados que entre as razões estão a dificuldade de acesso à AB e de estabelecimento de vínculos positivos entre os usuários e a equipe de AB.

Clares et al. (2011) procuraram discutir as percepções dos usuários sobre a oferta e a resolutividade da regulação do acesso ao cuidado no contexto da APS com entrevistas semiestruturadas a 25 usuários de uma UBS de Fortaleza-CE. Concluíram que há dificuldades nos relacionamentos entre profissionais e usuários e que a satisfação do usuário está relacionada com as características facilitadoras do atendimento e com a qualidade do serviço prestado.

Medeiros et al. (2010) avaliaram o acolhimento e a satisfação dos usuários em uma UBS por meio de entrevista estruturada com os usuários de uma UBS em município brasileiro de médio porte e concluíram que a relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz a diferença entre as ações de saúde.

Coelho, Bessa e Araújo (2009) investigaram como os usuários percebem o acesso às UBSs por meio do acolhimento. Realizaram entrevistas com 30 usuários de um serviço de AB em Fortaleza-CE e os achados foram que os usuários têm dificuldade de acesso aos serviços especializados e à escuta das necessidades reais e simbólicas, ressaltando a importância do diálogo e da troca de saberes entre usuário e profissional de saúde.

Moimaz et al. (2010) avaliaram o grau de satisfação dos usuários quanto à utilização dos serviços do sistema de saúde em cinco municípios de São Paulo por meio de entrevistas a 471 sujeitos. Tiveram como resultados que 57,6% da população queixava-se das filas para o atendimento e carência de um atendimento mais humanizado.

Macinko e Costa (2012) avaliaram os efeitos da participação do programa de APS brasileiro com relação ao acesso, uso e satisfação com os serviços de saúde por meio de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em mais de 200 mil adultos. Na análise comparativa entre as famílias que tinham plano privado de saúde com as inscritas na ESF, estas últimas estavam mais susceptíveis a terem acesso às medicações necessárias, e estarem satisfeitas com o cuidado recebido.

2.3 Revisão dos instrumentos de pesquisa para avaliação de serviços de atenção básica à saúde na ótica dos usuários

Com a finalidade de conhecer instrumentos de avaliação de serviços de saúde da atenção básica na perspectiva dos usuários que já foram produzidos, validados e publicados, fez-se uma revisão da literatura que se destinou a identificar o que existe sobre o tema.

Kloetzel et al. (1998) elaboraram um questionário para avaliar a qualidade dos serviços ambulatoriais de um posto médico do município de Pelotas-RS e aplicaram a 135 usuários da unidade, entretanto os autores apontaram que o estudo se trata de uma unidade-ensino, cuja experiência de modo algum pode ser transferida para outras situações, e ainda ressaltaram que o intuito principal era configurar uma metodologia que se preste para a avaliação qualitativa de outras unidades da região.

Para tanto, Zils et al. (2009) basearam-se no mesmo instrumento validado por Kloetzel para aplicar à realidade da APS de Porto Alegre-RS, a fim de avaliar a satisfação do usuário nesta população.

Halfoun, Aguiar e Mattos (2008) construíram e validaram um questionário com 96 questões referentes ao acesso, à pré-consulta, à pós-consulta e à atividade complementar para avaliar a satisfação dos usuários de uma unidade básica do Rio de Janeiro-RJ, tendo como foco o acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Macinko, Almeida e Klingelhofer (2007) avaliaram a organização dos serviços de APS aplicando um instrumento validado a 468 usuários das USFs do município de Petrópolis-RJ. O referido instrumento utilizado foi a tradução para o Brasil do instrumento americano PCATool cuja versão original provém de um importante centro de pesquisa, dirigido para avaliar os atributos da APS e não especificamente a satisfação dos usuários.

Benachi Sandoval et al (2012) fizeram validação espanhola do instrumento americano de avaliação da atenção primária (*Primary Care Assessment Survey-PCAS*) levando em conta os atributos de acessibilidade, continuidade, integralidade, interação clínica, tratamento interpessoal e confiança.

Um estudo intitulado QUALICOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*), realizado entre os anos de 2010 e 2012 foi desenvolvido para analisar e comparar como os sistemas de APS têm sido implementados em termos de qualidade, custos e equidade em 35 países diferentes, sendo 27 europeus e mais oito países dispersos pelos outros continentes do mundo. No estudo, um instrumento foi construído e validado, cuja composição era de quatro

distintos questionários, sendo um deles destinado aos profissionais da APS e outros três aos usuários. Para estes, nos questionários enfocaram-se dimensões, entre elas a eficiência do cuidado e acesso (SCHÄFER et al., 2013).

Brandão (2011), em sua dissertação de mestrado, realizou a tradução e validação do instrumento *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) do português de Portugal para o português do Brasil, aplicando-o a 289 usuários de uma comunidade do Rio de Janeiro-RJ.

O EUROPEP começou a ser desenvolvido em 1995 por investigadores de oito países, por meio de um estudo sobre as prioridades dos pacientes, seguindo-se em 1996 os primeiros testes com estudos qualitativos e quantitativos, procedimentos formais de tradução e validação em 1997, com validação final em 1998 (GROL e WENSING, 2000).

O EUROPEP constitui-se em um instrumento específico de avaliação da satisfação dos usuários, com a finalidade de permitir comparações da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de atenção primária em todo o território internacional (BRANDÃO, 2011).

Durante o processo de construção do EUROPEP em 1995, já existia vários instrumentos validados disponíveis, no entanto não havia nenhum instrumento validado internacionalmente para medir as avaliações dos usuários de cuidados de medicina geral e familiar (BRANDÃO, 2011).

Esses resultados apontam a escassa produção científica referente à existência de instrumentos que avaliam especificamente a satisfação dos usuários no que concerne ao acesso e acolhimento na atenção básica.

3 JUSTIFICATIVA

A avaliação da satisfação do usuário e a busca pelo conhecimento de quais fatores influenciam na satisfação são dimensões de suma importância para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos (LOBO et al, 2014). E estudar as debilidades com o acesso e acolhimento na AB e sua relação com a alta procura pelos serviços de média e alta complexidade constitui-se em pauta de âmbito internacional, conforme abordado anteriormente sobre demandas não urgentes nos serviços de PA.

Há outros estudos que trazem questões sobre usuários que procuram o PA. Rocha (2005) analisou os determinantes para a procura pelo PA em Belo Horizonte-MG, e entre os determinantes encontrados foi observado que os usuários possuem formas diferentes de ver o conceito de urgência e emergência e que há a falta de escuta na AB.

Oliveira, Mattos e Souza (2009) analisaram as demandas dos usuários de um Pronto-Socorro em Juiz de Fora- MG e, dentre os resultados, identificaram barreiras de acesso que os usuários demonstram ter em relação às UBSs e às limitações de recursos humanos e materiais nestes locais.

Acosta e Lima (2015) analisaram os motivos para utilização do serviço de emergência de um hospital de grande porte do Sul do Brasil, bem como os fatores associados. Observaram que facilidade de acesso neste tipo de serviço, percepção de maior resolutividade, oferta de tecnologia e formação de vínculo estavam entre as evidentes razões para procurarem atendimento.

Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) identificaram a vertente da acessibilidade da atenção à saúde a partir da análise dos atendimentos realizados no PA do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto-SP. Obtiveram como principais justificativas dos usuários pela procura do PA a dificuldade de acesso às consultas eventuais nas UBSs e USFs; demora no agendamento das consultas nestas unidades; e o acesso à tecnologia dura como recurso importante de investigação da sua necessidade.

Em estudos referentes ao tema de satisfação do usuário, Lobo et al. (2014) em Portugal, avaliaram a satisfação dos usuários com os serviços de APS por meio de entrevistas e identificaram relação negativa entre acessibilidade e satisfação.

Raivio et al. (2014), em estudo em centros de saúde de APS na Finlândia, buscaram explorar a relação da satisfação do paciente com a AB e a acessibilidade e continuidade do cuidado e tiveram entre os achados que a satisfação dos pacientes têm decaído e que os pacientes têm se mostrado menos satisfeitos.

Carlsen et al. (2007), na Noruega, examinaram a qualidade dos serviços de atenção primária, medida pela satisfação do usuário e sua relação com o número de internações

hospitalares e concluíram que serviços de APS de alta qualidade podem diminuir o uso de serviços hospitalares.

Partindo para os estudos nacionais, Curvo (2011) avaliou a satisfação e a insatisfação dos usuários de unidades da AB, com relação à assistência prestada e ações desenvolvidas, na perspectiva da integralidade. Este estudo observou que o acolhimento se constitui em aspecto facilitador da prestação da assistência de forma integral.

Paula (2011) analisou a utilização dos serviços de AB com vistas à duplicação e ao uso simultâneo destes serviços (PA e unidades de AB) como expressão da insatisfação dos usuários, e observou que houve aumento tanto no âmbito da duplicação, quanto do uso simultâneo comparado ao estudo realizado em 2010 (MISHIMA et al., 2010).

Ferri et al. (2007) avaliaram a satisfação do usuário a partir das tecnologias leves, dentre elas o vínculo, a responsabilização, a resolubilidade e o acesso. Os resultados apontaram a importância que os usuários atribuem às tecnologias leves, bem como a necessidade de diminuir o tempo de espera para consulta e encaminhamentos.

Gaiosio e Mishima (2007) estudaram a satisfação dos usuários no tocante à oferta e assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família. Obtiveram como resultados que os usuários apontam como um dos pontos de grande satisfação as relações inter-pessoais atenciosas e afetivas, e entre as insatisfações, os obstáculos na acessibilidade organizacional.

Os quatro últimos estudos citados, referentes à satisfação do usuário no município de Ribeirão Preto-SP, foram realizados levando-se em conta apenas o Distrito de Saúde Oeste. Não há estudos na temática da satisfação do usuário que representem o município em sua totalidade, possibilitando analisar se há divergências ou convergências entre os Distritos de Saúde na ótica do usuário.

Além disso, estudos que avaliam o cuidado na atenção básica a partir da análise de satisfação do usuário com o acesso e acolhimento no nível primário de atenção à saúde a partir dos atendimentos de pronto-atendimento, correlacionando características sociodemográficas e características dos atendimentos em serviços de urgência com o indicador de satisfação, ainda são inexistentes no Brasil, constituído-se em lacuna do conhecimento e, portanto, justifica-se a importância do presente estudo.

Com este estudo têm-se a intenção de construir, juntamente à discussão da literatura, um conhecimento sobre a satisfação do usuário que procura o PA com relação ao acesso e acolhimento na AB, além disto pretende-se subsidiar futuras construções de conhecimentos relacionadas ao tema. Estudos neste âmbito, apresentam caráter avaliativo, uma vez que

abordar a satisfação do usuário nessas dimensões implica em trazer a opinião de quem é cuidado e de quem dá características aos serviços.

Nesse sentido, busca-se contribuir para uma política de reorganização e reordenamento da rede de atenção básica à saúde, trazendo a satisfação do usuário no que se refere ao acesso e acolhimento nos serviços de saúde disponíveis no município, otimizando, assim, a resolutividade da assistência prestada na AB.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar a satisfação do usuário que procura atendimento no PA, em relação ao acesso e o acolhimento na AB (UBS e USF) do município de Ribeirão Preto-SP.

4.2 Específicos

1. Caracterizar os usuários atendidos no PA segundo o sexo, idade, escolaridade, bairro de procedência, UBS/USF de referência, frequência de atendimento, justificativa da procura pelo PA, conduta e encaminhamentos realizados.
2. Analisar as relações entre características sociodemográficas dos usuários com a sua satisfação com a AB.
3. Identificar e compreender a percepção dos usuários quanto ao acesso e ao acolhimento dos profissionais de saúde nos serviços de AB.
4. Identificar e analisar as necessidades de saúde dos usuários que motivaram a procura pelo PA, ao invés de procurar por serviços de atenção básica, na ótica dos usuários.
5. Identificar e analisar a avaliação dos atendimentos na rede de atenção básica entre os diferentes distritos de saúde do município, na ótica dos usuários.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo misto do tipo concorrente em que dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente para melhor compreensão do fenômeno a ser investigado. Portanto utilizou-se de uma abordagem quantitativa e outra qualitativa para coleta e análise dos dados, considerando que ambas abordagens apresentam perspectivas diferentes e cada uma delas tem suas limitações (CRESWELL, 2009).

O estudo concorrente, inicialmente foi conceituado como um estudo de triangulação, em que dois diferentes métodos foram empregados para se obterem resultados triangulados a respeito de um único tópico. Independente do nome, mas utilizando-se o mesmo conceito, no presente estudo, os dados foram coletados e analisados durante a mesma fase do processo de pesquisa e, após a análise separada do banco de dados quantitativo e qualitativo, foram unidos em uma interpretação geral (CRESWELL, 2009).

Na construção do projeto, pensou-se que se tratava de um estudo de cunho quantitativo, com apenas utilização de um instrumento para captação de dados quantitativos para analisar a satisfação dos usuários com relação ao acesso e acolhimento nos serviços de AB. Porém, no desenvolvimento das questões investigativas, identificou-se a necessidade de um desenho qualitativo para melhor responder sobre as necessidades de saúde dos usuários que motivaram a procura pelo PA ao invés de procurarem por serviços de AB, sobre como eles veem o acesso e o acolhimento dos profissionais de saúde na AB; e sobre a avaliação que fazem dos atendimentos na rede de atenção básica. Logo, concluiu-se que se tratava de um estudo misto com prioridade quantitativa, e que, neste estudo, o método qualitativo foi secundário para explicar com maior profundidade os achados quantitativos sobre os temas apontados.

Ademais, por se tratar de um estudo de caráter avaliativo, tendo como indicador a satisfação do usuário, compreende-se que a aplicação das duas abordagens potencializa a consistência das conclusões, e que em determinados momentos da avaliação, analisar um indicador por meio de uma segunda abordagem pode melhor iluminar os achados obtidos do que se fossem vistos apenas sob uma perspectiva (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2014).

A abordagem quantitativa tem como potencialidades a utilização de amostras de grande porte, com coleta e processamento de dados de forma rápida, porém tem como limitações a obtenção de respostas superficiais e mal-entendidas, uma vez que questionários

fechados não oferecem alternativas diferentes das que são previstas na construção do instrumento (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

A abordagem qualitativa trabalha com o universo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões (MINAYO, 2010).

Na comparação entre abordagens quantitativas e qualitativas, considera-se que cada tipo de método tem seu papel, no entanto, ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social. A diferença entre essas duas abordagens está na natureza de cada uma, porém, os métodos quantitativos e qualitativos não se opõem, e quando feitos em conjunto, promovem uma construção de realidade mais elaborada e completa (MINAYO, 2010).

Todavia, dentre as limitações, tem-se que nos estudos qualitativos a capacidade de generalização dos resultados é perdida, e nos estudos quantitativos, o entendimento de qualquer sujeito visto isoladamente é diminuído. Desta forma, optou-se pelo método misto, entendendo que as limitações de um método podem ser compensadas pelas potencialidades do outro, e que a combinação de dados quantitativos e qualitativos favorece uma explicação mais ampla do objeto de investigação (CRESWELL & CLARK, 2013).

Pesquisando sobre estudos recentes na temática abordada que lançou mão de metodologias mistas, alguns artigos foram encontrados. El Jardali et al. (2014) conduziram um estudo de métodos mistos com questionário fechado e entrevistas semiestruturadas para obter um melhor entendimento do impacto da acreditação na qualidade do cuidado percebido pelos membros e gerentes da APS, como a acreditação afetou a satisfação dos usuários e profissionais, e os desafios e estratégias para melhorar a implementação da acreditação na APS.

Wee et al. (2014) utilizaram metodologia mista trabalhando como fontes de dados informações sociodemográficas e entrevistas, para avaliar os componentes que desencorajam os usuários a utilizar os serviços de APS.

Malus et al. (2011) também utilizaram metodologia mista para adaptar um questionário de satisfação de usuário, a fim de que este servisse como uma ferramenta para melhoria organizacional, com o objetivo final de aumentar a satisfação do usuário.

Para quantificar a prevalência de opinião sobre se as pessoas usam serviços de saúde de urgência desnecessariamente, um estudo de método misto utilizando questionário transversal e entrevistas semi-estruturadas foi realizado (ADAMSON et al., 2009).

Para identificar o perfil de usuários frequentes de serviço de emergência, verificar fatores associados e analisar os motivos para utilização frequente desse tipo de serviço,

também utilizou-se o método misto por meio de coleta de registros de prontuários e entrevistas semiestruturadas (ACOSTA e LIMA, 2015).

Por conseguinte, diante dos estudos encontrados e conceitos abordados, considera-se que esta metodologia pode ser aplicável a uma ampla variedade de trabalhos nas ciências sociais e na saúde.

Trazar essa explicação baseada nesses autores ajuda a compreender o porquê da realização de um estudo misto, trazendo dados quantitativos e qualitativos que auxiliaram na compreensão da análise da satisfação do usuário que procura por atendimento no PA, no tocante ao acesso e acolhimento da rede pública de saúde de um município.

5.2 Campo do Estudo

O município de Ribeirão Preto-SP conta com uma população estimada para o ano de 2013 de 649.556 habitantes ocupando a oitava posição entre os municípios mais populosos do Estado de São Paulo. (IBGE, 2010).

É município-sede, do Departamento Regional de Saúde XIII (DRSXIII) da Secretaria Estadual da Saúde, que abrange 26 municípios.

A rede municipal de saúde está estruturada com 48 estabelecimentos de AB distribuídos pelos 5 Distritos de Saúde com uma UBDS em cada, 14 unidades / Núcleos de Saúde da Família com um total de 30 Equipes de Saúde da Família; e 18 UBSs tradicionais com 20 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A cobertura populacional atual para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 13,9%, e a cobertura populacional total com EACS é de 30,9%. A cidade ainda conta com 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), 2 Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas, 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad) e 2 Ambulatórios de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O acesso ao sistema de saúde funciona de forma hierarquizada, em que as UBSs, as USFs e os PAs são a porta de entrada, e o acesso aos níveis secundários e terciários é controlado por meio do Complexo Regulador do Sistema de Atenção à Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

5.3 Cenário do Estudo

O cenário de investigação foi constituído pelas unidades de PA dos cinco Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, e os critérios para seleccionar essas unidades foram: ser porta de entrada durante as 24 horas do dia a todos os usuários que necessitam; ser um serviço de saúde procurado pelos usuários para atendimentos classificados como urgentes e não urgentes; ser um serviço de saúde que é referência para toda a AB (UBS e USF) do município.

Nesses serviços, os usuários são atendidos por meio de referência das UBSs do distrito e de demandas do ambulatório de especialidades. Usuários que necessitam de atendimento especializado são encaminhados para outros níveis de assistência, ambulatoriais e hospitalares que compõem o SUS.

Os PAs de cada Distrito de Saúde (DS) realizam atendimento durante 24 horas para todos os usuários, atendendo a casos de urgência e emergência e a casos que demandam um atendimento não urgente, mas considerado prioritário pelos usuários.

A seguir, são apresentados os cinco Distritos de Saúde do município com os respectivos serviços públicos de saúde a que eles estão vinculados, de acordo com organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP).

Distrito de Saúde Oeste

A UBDS Sumarezinho funciona de 2^a a 6^a prestando assistência das 07h30min às 18h nas seguintes especialidades: cardiologia, saúde ocupacional, dermatologia - úlceras, lipodistrofia, eletrocardiograma, fonoaudiologia, infectologia, oftalmologia, programa de hanseníase, psicologia, radiologia, serviço social, mastologia, cirurgia ginecológica, infertilidade, pneumologia, geriatria, cirurgia ambulatorial, endocrinologia, alergologia, neurologia, reumatologia, psiquiatria e ortopedia.

Esta unidade conta com seis Núcleos de Saúde da Família (NSF), estabelecidos na área de abrangência e que realizam o acompanhamento das famílias cadastradas; fazem o atendimento básico: Clínica Médica (CM), Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (GO), e desenvolvem trabalhos em grupo com a comunidade.

Além disto, conta com os seguintes serviços de saúde: CMSC Vila Lobato, CSE Vila Ipiranga, UBS Dom Mielle, UBS Ipiranga, UBS José Sampaio, UBS Presidente Dutra, UBS

Vila Albertina, UBS Vila Recreio, UBS Maria Casa Grande Lopes, UBS Jd. Paiva, USF Portal do Alto, USF Eugênio Mendes Lopes.

A população estimada para este DS, no ano de 2010, era de 151.218 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2013) e, durante o período de coleta de dados, identificou-se o número de profissionais da saúde que estavam atuantes nas unidades de saúde deste distrito representado no Quadro 2.

Quadro 2: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Oeste, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária (em horas), Ribeirão Preto, 2014.

Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Oeste														
Profissionais de saúde por categoria e carga horária		CSE Ipiranga	UBS D. Miele	UBS Ipiranga	USF Jd Paiva	UBS J. Sampaio	UBS Jd Dutra	UBS V Recreio	USF EM Lopes	USF M Csagrande	USF Portal do Alto	UBS V Albertina	UBDS Sumarezinho	CMSC VLobato
	CM	1-40h	3-20h	3-20h 1-30h	1-20h 1-40h	1-40h 4-20h	2-20h	4-20h 1-40h	Dados não disponibilizados	3-20h	Dados não disponibilizados	1-20h 2-40h	5-20h 1-40h	Dados não disponibilizados
	GO	2-20h 1-40h	2-20h	-	1-20h	1-40h	1-20h 1-30h	1-20h 1-40h		1-20h		1-20h	1-20h	
	Enf	2-20h	2-40h 1-20h 1-20h*	1-30h 1-20h	3-40h	1-30h 2-20h	1-20h 1-40h	2-20h 1-40h		3-40h 2-20h		4-40h	1-20h	
	AE	5-30h	14-30h	6-30h	7-40h	15-30h	11-30h	18-30h		11-40h 1-30h		11-40h	-	
População		17.466	12.331	17.466	6.500	16.580	15.129	17.828	5.292	8.793	4.505	13.869	-	15.862

*Vínculo voluntário.

Enf- enfermeiro, AE- auxiliar de enfermagem

O primeiro algarismo indica o número de profissionais e o segundo indica a carga horária semanal em horas trabalhadas.

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2014a, 2015a.

Distrito de Saúde Leste

A UBDS Castelo Branco oferece de 2^a a 6^a das 07 às 19h os seguintes atendimentos: atendimento básico em CM, GO, pediatria, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, teste do pezinho, vacinação e farmácia. Também oferece atendimento de especialidades em fonoaudiologia e psicologia.

Este distrito conta com as seguintes UBSs: UBS Jd Juliana, UBS Jd Zara, UBS São José, UBS Vila Abranches, UBS Bonfim Paulista e a UBS Santa Cruz que estava fechada para reforma há 3 anos e foi reaberta ao público em 10 de outubro de 2014 (RIBEIRÃO PRETO, 2014b).

A população estimada para este DS no ano de 2010 era de 159.802 habitantes (área especializada) e 50.680 habitantes (área básica) (RIBEIRÃO PRETO, 2013) e, durante o período de coleta de dados identificou-se o número de profissionais da saúde que estavam atuantes nas unidades de saúde deste distrito representado no Quadro 3.

Quadro 3: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Leste, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.

	Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Leste							
Profissionais por categoria e carga horária		UBS Jd Juliana	UBS Jd Zara	UBS São José	UBS Vila Abranches	UBS Bonfim Paulista	UBS Santa Cruz	UBDS Castelo Branco
	CM	2-40h 2-20h	2-20h 1-40h	5-20h	2-40h 3-20h	2-40h 3-20h	1-30 h 3-20h	3-20h
	GO	2 -20h	1-20h 1-40h	1-30h	1-20h	1- 40h	-	1-40h 1-30h
	Enf	2-20h 1-40h	4-40h	1-40h 1-20h	2-20h 1-40h	2-40h 3-20h	2-40h 1-20h	1-40h 1-30h 3-20h
	AE	17-30h	10-40h	8-30h	16-30h	13-30h 1-40h	8-30h	21-30h
População		17.017	12.493	9.945	19.941	13.324	36.402	50.680

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2014a, 2015a.

Distrito de Saúde Central

A UBDS Central oferece de 2ª a 6ª das 07 às 17h atendimentos básicos em CM, GO, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar e vacinação. Presta atendimentos de especialidades de 2ª a 6ª das 07 às 19h nas seguintes áreas: Serviço Social, cardiologia, saúde ocupacional, dermatologia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, radiologia, traumatologia e ultrassonografia.

Este distrito conta com os seguintes serviços de saúde: UBS Vila Tibério, CSE Vila Tibério, PAM II, UBS Campos Elíseos, UBS João Rossi.

A população estimada para este DS, no ano de 2010, era de 97.975 habitantes (área especializada) e 19.063 habitantes (área básica) (RIBEIRÃO PRETO, 2013) e, durante o período de coleta de dados, identificou-se o número de profissionais da saúde (médicos e equipe de enfermagem) que estavam atuantes nas unidades de saúde deste distrito representado no Quadro 4.

Quadro 4: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Central, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.

Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Central							
Profissionais por categoria e carga horária		UBS V. Tibério	CSE V. Tibério	PAM II	UBS C. Elíseos	UBS J. Rossi	UBDS Central
	CM	4-20h	1-40h 1-20h	1-20h	3-20h 2-40h 1-30h	3-20h	5-40h 1-30h 4-20h 1-24h
	GO	2-20h	-	-	1-40h 3-20h	2-20h	1-40h
	Enf	3-20h 2-40h	2-40h	1-30h 2-20h	1-40h 1-20h	2-20h 1-40h	4-40h 8-20h
	AE	13-30h	4-40h	10-30h	12-30h	12-30h	67-30h
População		9.251	6.220	19.063	42.551	20.890	19.063

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2014a, 2015a.

Distrito de Saúde Norte

Na UBDS desta região, a maior parte dos serviços funciona de 2^a a 6^a - das 07 às 17h em serviço social, saúde ocupacional, eletrocardiografia, ultrassonografia, endocrinologia, reumatologia, cardiologia, dermatologia, pneumologia e gastroenterologia.

Esse distrito conta com os seguintes serviços de saúde: UBS Quintino Facci I, UBS Marincek, UBS Jd Aeroporto, UBS Valentina Figueiredo, UBS Vila Mariana, UBS Ribeirão Verde, UBS Simioni, USF Heitor Rigon, USF Geraldo de Carvalho, USF Estação do Alto e USF Avelino Alves Palma.

A população estimada para este DS, no ano de 2010, era de 110.627 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2013) e, durante o período de coleta de dados, identificou-se o número de profissionais da saúde que estavam atuantes nas unidades de saúde deste distrito representado no Quadro 5.

Quadro 5: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Norte, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.

Profissionais de saúde por categoria e carga horária	Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Norte											
		UBS Jd Aeroporto	UBS Marinceck	UBS Quintino I	UBS Rib Verde	UBS Simioni	UBS V Mariana	UBS V Figueiredo	USF Avelino A Palma	USF Estação do Alto	USF Geral Correia	USF Heit. Rigon
	CM	1-40h	4-20h 1-40h	3-20h 1-40h	5-20h 2-40h	3-20h 1-30h	2-40h	1-40h msf	1-40h	1-40h msf 1-40h msf**	1-40hmsf	-
	GO	2-20h 1-40h	2-20h	1-20h	2-20h 1-40h	2-40h	1-20h	2-20h	1-40h msf			1-20h
	Enf	1-40h*	2-20h 1-40h	2-20h	2-20h 2-40h	3-20h 1-40h	2-40h 1-20h	3-40h	2-40h	2-40h	1-40h	3-40h
	AE	4-40h*	13-30h	9-30h	18-30h	16-30h	9-30h	3-40h 1-30h	4-40h	4-40h	3-40h	8-40h
População		16.103	10.060	11.279	17.135	19.174	11.049	2.806	6.591	5.677	3.224	7.529

*vínculo com a Faculdade Barão de Mauá de Ribeirão Preto-SP

**outros vínculos

msf - médico de saúde da família

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2014a, 2015a.

Distrito de Saúde Sul

A UBDS da Vila Virgínia presta atendimentos básicos de 2ª a 6ª - das 07 às 19h em CM, pediatria, GO, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, teste do pezinho e vacinação e nas seguintes especialidades: serviço social, cardiologia, saúde ocupacional, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, psicologia, neurologia e ultrassonografia.

Este distrito conta com os seguintes serviços de saúde: UBS Adão do Carmo Leonel, UBS Jardim Maria das Graças, UBS Parque Ribeirão Preto.

Vale ressaltar que todas as UBDSs de cada distrito contam com uma unidade de PA, para atendimento às urgências e emergências, situada na mesma estrutura física onde ocorrem os serviços da área ambulatorial, com exceção da UBDS Castelo Branco que conta com nova unidade de Pronto-Atendimento inaugurada na Avenida Treze de Maio, em maio de 2012.

A população estimada para este DS, no ano de 2010, era de 85.060 habitantes (área especializada) e 37.853 habitantes (área básica) (RIBEIRÃO PRETO, 2013) e, durante o período de coleta de dados identificou-se o número de profissionais da saúde que estavam atuantes nas unidades de saúde deste distrito representado no Quadro 6.

Quadro 6: Distribuição das unidades de saúde do Distrito de Saúde Sul, segundo população estimada no ano de 2010 e profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária, Ribeirão Preto, 2014.

Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Sul					
Profissionais de saúde por categoria e carga horária		UBS Adão do Carmo	UBS Jd Maria Graças	UBS Pq Rib Preto	UBDS Vila Virgínia
	CM	1 – 20h	1-20h	4-20h 2-30h 1-40h	4-40h 2-30h 8-20h
	GO	1 – 20h	1-20h	1-20h 1-30h	3-20h 1-24h 1-30h
	Enf	2 – 20h	1-20h 1-40h	2-40h 1-20h	13-20h 2-40h
	AE	7 – 30h	7-40h	17-30h	74-30h
	População	12.809	7.638	26.760	37.853

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2014a, 2015a.

É importante destacar que os quadros de distribuição das unidades de saúde dos DSs por profissionais de saúde por categoria profissional e carga horária foram elaborados tendo como base a lista de profissionais contratados e que constam no sistema de recursos humanos da SMS¹. Este sistema leva em consideração a lotação atual e a função contratada, podendo não refletir o exato número de profissionais que estavam atuantes no período de coleta de dados do estudo (primeiro quadrimestre de 2014), uma vez que o sistema não tem por função guardar o histórico dos funcionários. O mesmo sistema informa a função original na qual o profissional ingressou na Prefeitura e que na prática pode estar exercendo alguma especialidade diferente da registrada na listagem desses profissionais.

Ademais, existem outros profissionais não vinculados à Prefeitura e que realizam atendimentos nas unidades de saúde através de outros convênios (Centro Universitário Barão de Mauá, Universidade Paulista - UNIP, Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, Universidade de São Paulo - USP, entre outros).

Embora evidenciadas fragilidades na confirmação dos números, ressalta-se a importância destes dados fornecidos pelo Setor de Informática da SMS de Ribeirão-Preto-SP considerando que se constituem na fonte de informação que mais se aproxima do panorama real de profissionais de saúde que estavam alocados nos serviços de AB do município durante o período estudado.

Avaliação PMAQ-AB

Em 2011 foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários nas UBS por meio das equipes de AB (BRASIL, 2011c).

No ano de 2010, 19 ESFs do município fizeram adesão ao PMAQ-AB, participando do primeiro ciclo de avaliações, e obtiveram como resultados sete equipes participantes com qualificação muito acima da média e 12 com qualificação acima da média (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O Programa realizou nova avaliação, sendo o primeiro ciclo iniciado em julho de 2012 no município. Nesta avaliação, houve a participação de 12 ESFs (NSF-1, NSF-3, NSF-4, NSF-5, USF Avelino Palma, USF Eugênio Mendes Lopes, USF Estação do Alto, USF Geraldo Correia Carvalho, USF Heitor Rigon, USF Maria Casagrande, USF Portal do Alto e

USF Jd. Zara), e todas obtiveram no item satisfação do usuário desempenho muito acima da média (BRASIL, 2012).

Quando se analisa a avaliação geral dessas 12 unidades participantes do PMAQ-AB em Ribeirão Preto, cinco apresentaram desempenho muito acima da média e sete apresentaram desempenho acima da média (BRASIL, 2012).

Por outro lado, em relação ao item acesso e qualidade no serviço, cinco apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média e sete apresentaram desempenho acima da média (BRASIL, 2012).

No primeiro semestre de 2014, foi realizado o segundo ciclo de avaliações em que 35 equipes de saúde inseridas em 23 unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP foram avaliadas. Todas equipes de saúde obtiveram desempenho muito acima da média quanto ao acesso e à marcação de consultas, desempenho acima da média para a satisfação do usuário, mas desempenho mediano ou abaixo da média no que diz respeito ao acolhimento à demanda espontânea (RIBEIRÃO PRETO, 2015b).

5.4 A definição da população do estudo e seleção dos sujeitos

Participaram do estudo os usuários que procuraram atendimento nos cinco serviços públicos de PA dos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto- SP, sem estarem apresentando situações de urgência ou emergência. O recrutamento destes usuários foi realizado no espaço físico em que se faz o acolhimento dos usuários que procuram o PA, segundo os critérios de inclusão e exclusão, após identificar as necessidades de atendimento não urgente para cada usuário e as suas principais queixas.

Para estes usuários observados durante o acolhimento, após passarem por atendimento, os mesmos foram consultados sobre a possibilidade de participação como sujeitos do estudo.

Os critérios de inclusão dos sujeitos:

- usuários maiores de 18 anos;
- usuários que não estavam sendo atendidos por situações que despendiam de atendimento de urgência e emergência;
- usuários que procuraram atendimento no PA e moram há mais de dois anos no município;

- usuários que passaram pela experiência de terem recebido pelo menos uma vez atendimento na AB nos últimos seis meses que antecederam à entrevista.

Os critérios de exclusão dos sujeitos:

- apresentar sinais e/ou sintomas de confusão mental ou embriaguez.

5.4.1 Técnica de amostragem

O número de participantes de cada PA se baseou em cálculo amostral.

Gomide et al (2012) identificaram que, no primeiro semestre de 2009, em apenas um dos Distritos de Saúde pesquisado foram prestados 45.771 atendimentos para 25.110 usuários. Portanto foi realizado um cálculo do tamanho amostral para identificar o número de usuários necessário para compor uma amostra que represente toda a população atendida de cada distrito, pois seria inviável recrutar todas as fichas de todos os atendimentos realizados no cotidiano de trabalho.

As fichas de atendimento do PA compõem o Sistema de Informação de registro dos atendimentos realizados nos PAs, do município de Ribeirão Preto-SP, e fazem parte do banco de dados do Sistema Hygia (Sistema de Informação Ambulatorial adotado pelo município de Ribeirão Preto) da SMS-RP. Realizou-se busca a esse banco de dados Hygia, e foi identificado um total de 220.798 atendimentos a usuários maiores de 18 anos registrados nos cinco PAs, no último trimestre de 2012, período anterior ao presente estudo.

Tendo por base que uma amostra se constitui em um número menor de sujeitos de uma determinada população, identificou-se o número de usuários necessário que se constituísse em uma amostra representativa nesta primeira fase do estudo, a partir da técnica de Amostragem Aleatória Estratificada (BOLFARINE e BUSSAB, 2005).

É importante destacar que a forma de seleção dos sujeitos do estudo baseou-se em critérios de inclusão preestabelecidos e que se considerou como população apenas o universo dos possíveis sujeitos, ou seja, que atendessem a esses critérios para compor a amostra. Nesse sentido, todos os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão tiveram a mesma chance de estar na amostra, caracterizando a amostra probabilística (BOLFARINE e BUSSAB, 2005).

Essa estratificação percorreu a alocação proporcional levando em consideração a unidade de PA, sexo e idade dos usuários que procuraram atendimento. Para cada PA, foi realizada seleção por estratos para as variáveis sexo (masculino e feminino) e a idade (18 a 39

anos, 40 a 59 anos, acima de 60 anos). O cálculo do tamanho amostral considerou nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), combinando-se sexo (2 níveis), PA (5 níveis) e as faixas de idade (3 níveis) e resultando em 30 estratos. O tamanho amostral total calculado resultou em 485 sujeitos, considerando-se as seguintes condições: o número total de questões (29) relativas à opinião do usuário (respostas de interesse) no instrumento a ser aplicado; a pontuação total que é possível obter com os escores (como 29 a 145) assumindo que todos responderam a valores de 1 a 5 (muito bom a péssimo) em cada questão; e a soma total dos escores ter uma distribuição normal com média 87 e desvio-padrão 22.

Para o cálculo do tamanho da amostra, é preciso conhecer alguns parâmetros.

$$n_i/n = N_i \cdot S_i / \text{soma}[i=1:H]$$

Nessa fórmula, n representa o tamanho da amostra, n_i é o tamanho da amostra do estrato i (os valores das amostras de cada estrato), H é o número de estrato (nesse caso 30), N_i é a população do estrato i (o tamanho de cada um dos 30 estratos), S_i é a variância do estrato i (22 ao quadrado).

5.5 Coleta de dados – o período, as técnicas e instrumentos utilizados

5.5.1 O período

A coleta de dados foi realizada no período de quatro meses (07 de janeiro a 30 de abril de 2014) durante os períodos manhã, tarde e vespertino de segundas às sextas-feiras. Consideraram-se estes horários para coleta de dados, uma vez que conforme observado em estudo anterior (SOUZA, 2010), estes são os horários de maior fluxo de atendimento nos PAs, apesar das unidades de Atenção Primária à Saúde estarem abertas para atendimento à população.

Durante os meses de janeiro e fevereiro de 2014, a pesquisadora contou com auxílio de duas alunas de enfermagem de Iniciação Científica e uma mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP para abordagem dos usuários e identificação dos possíveis participantes do estudo, ou seja, que atendessem aos critérios de inclusão. Estas

três alunas também auxiliaram na aplicação dos instrumentos, nesses dois primeiros meses de coleta.

5.5.2 As técnicas e instrumentos

Utilizaram-se a fonte primária e a secundária de dados (Instrumento EUROPEP e as fichas de atendimento do PA, respectivamente) para responder aos objetivos: 1. Caracterizar os usuários atendidos no PA segundo o sexo, idade, bairro de procedência, UBS/USF de referência, frequência de atendimento, justificativa da procura pelo PA, conduta e encaminhamentos realizados; 2. Analisar as relações entre características sociodemográficas dos usuários com a sua satisfação com a AB.

Para responder aos objetivos: 3. Identificar a percepção dos usuários quanto ao acesso e ao acolhimento dos profissionais de saúde nos serviços de AB; 4. Identificar e analisar as necessidades de saúde dos usuários que motivaram a procura pelo PA ao invés de procurar por serviços de atenção básica, na ótica dos usuários; e 5. Identificar e analisar a avaliação dos atendimentos na rede de atenção básica entre os diferentes distritos de saúde do município, na ótica dos usuários; utilizaram-se as respostas do Instrumento EUROPEP e as entrevistas semiestruturadas.

5.5.2.1 Fonte primária – uso do instrumento EUROPEP

Para responder aos objetivos do estudo apontados acima, utilizou-se um instrumento que fosse fidedigno para responder às questões de satisfação dos usuários com os serviços de AB na perspectiva do acesso e acolhimento. Deste modo, optou-se por aplicar o instrumento EUROPEP (ANEXO A), construído, validado e anteriormente aplicado em 16 países diferentes (GROL e WENSING, 2000) e traduzido para o português do Brasil por Brandão (2011).

O interesse em utilizar o EUROPEP, além de atender aos objetivos deste estudo, justifica-se por ser um instrumento já validado e traduzido, por tanto confiável, de fácil aplicação e por conter uma diversidade de variáveis que permite ao entrevistado avaliar o

serviço de saúde onde é atendido, e que desta forma, podem estar relacionadas ao seu nível de satisfação.

Segundo Esperidião e Trad (2005), um estudo de meta-análise realizado por Hall e Dornan de 1998, com uma amostra de 221 estudos, identificou que 97% dos instrumentos utilizados para captação de respostas relacionadas à satisfação dos usuários são elaborados pelos próprios pesquisadores, e apenas 3% são de questionários anteriormente utilizados em outras pesquisas. Os autores consideraram que questionários de elaboração própria podem apresentar baixa confiabilidade e validade ou ser muito específicos.

Além disso, Brandão (2011) aponta em seu trabalho que o referido instrumento traduzido e validado, pode ser aplicado em outros grandes centros urbanos brasileiros com a finalidade de avaliar a satisfação do usuário com os atendimentos médicos, recebidos no nível primário de atenção à saúde.

O instrumento EUROPEP é constituído por um questionário fechado com 53 questões sendo 52 fechadas e uma aberta. Essas questões estão organizadas em três partes e compõem: os indicadores-chave, os indicadores de áreas específicas de satisfação, e os dados dos usuários (BRANDÃO, 2011).

As três partes do questionário subdividem-se em:

- Indicadores-chave: Relação e comunicação; Cuidados médicos; Informação e apoio; Continuidade e cooperação e Organização dos serviços.
- Indicadores de áreas específicas de satisfação: Consulta, Marcação e acessibilidade; Profissionais; Condições do Centro de Saúde.
- Dados dos usuários: Dados sociodemográficos; Dados de Saúde e Atitude após a experiência.

Os cinco indicadores-chave constituem-se das seguintes questões:

- 1º Relação e Comunicação com cinco questões em que foram avaliados: a duração da consulta, o interesse do profissional em ouvir os problemas de saúde do usuário, se o usuário sentiu-se à vontade com o profissional para contar sobre estes problemas, a participação do usuário nas decisões do cuidado, e o segredo/sigilo da informação sobre o problema;
- 2º Cuidados médicos com quatro questões: se teve alívio rápido dos sintomas, melhora para desempenhar as atividades, exame físico, e sobre indicação de serviços de prevenção de doenças;

- 3º Informação e apoio com quatro questões: explicação sobre exames e tratamento, informações sobre sintomas e doença, abordagem de questões emocionais e incentivo para entender a importância de seguir as orientações;

- 4º Continuidade e cooperação com duas questões: conhecimento do profissional sobre o usuário e preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares caso precise;

- 5º Organização dos serviços com quatro questões: apoio do pessoal da unidade de saúde, facilidade em marcar uma consulta, tempo que esperou para ser atendido e a rapidez com que os problemas foram resolvidos (BRANDÃO, 2011).

Os indicadores de áreas específicas de satisfação envolveram questões como: motivo e forma de marcação da consulta na AB, tempo de espera para a consulta, tempo que esperou entre o dia da marcação e o dia da consulta, sobre a organização dos serviços e limpeza da unidade de saúde, horário de atendimento e pontualidade dos profissionais, sobre a avaliação do cuidado médico, da equipe de enfermagem e pessoal administrativo e visitas domiciliares da equipe de saúde (BRANDÃO, 2011).

A terceira e última parte do instrumento incluiu informações dos usuários em relação à escolaridade, à auto-percepção do estado geral e prevalência de doenças crônicas e às atitudes após a experiência (recomendação do profissional e vontade de mudar de profissional (BRANDÃO, 2011).

Utilizou-se uma escala que avalia a satisfação pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o último atendimento, o serviço de saúde e sobre o profissional com categorias que variam entre “concordo plenamente” e “discordo plenamente”, e a partir de figuras de faces com cinco expressões distintas de satisfação (1- muito bom; 2- bom; 3- regular; 4- ruim, 5- péssimo e 6- não se aplica) (BRANDÃO, 2011).

5.5.2.2 Fonte secundária – Fichas de Atendimento do Pronto Atendimento

Em uma segunda etapa, após a aplicação do instrumento EUROPEP, realizou-se coleta de dados em fonte secundária, por meio de fichas de atendimentos (ANEXO B) que contêm dados relativos ao sexo, idade, bairro de procedência, justificativa da procura (registrada pelos profissionais de enfermagem durante o acolhimento), condutas e encaminhamentos (realizados por parte dos profissionais que prestaram o atendimento).

Foi levantada a frequência de todos os atendimentos que os usuários tiveram na rede pública de saúde no último ano, considerando o período de 26 de março de 2013 a 26 de março de 2014 a fim de avaliar com que frequência os usuários participantes utilizaram os serviços de Pronto-Atendimento e de Atenção Primária à Saúde.

Após esta etapa, utilizaram-se planilhas em formato Excel para alimentação e codificação dos dados coletados.

5.5.2.3 Fonte primária - Entrevista semiestruturada

O propósito da utilização de uma abordagem qualitativa constituiu-se em corroborar com os achados quantitativos destinando a identificação de convergências e divergências, de acordo com o que Creswell (2009) orienta, os usuários que responderam às entrevistas semiestruturadas foram os mesmos sujeitos que responderam ao instrumento EUROPEP.

Dessa forma, ressalta-se que dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, selecionaram-se de forma intencional 28 usuários para realização de entrevista semiestruturada (MARTINEZ, 2011; FONTANELLA, RICA e TURATO, 2008).

Após concordarem com a sua participação, os usuários foram entrevistados logo após responderem ao instrumento EUROPEP, em uma das salas de atendimento que não estavam sendo utilizadas durante o período, a fim de garantir privacidade de cada usuário e a conduta ética necessária nas entrevistas.

As entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE E MAYES, 2005).

Essas entrevistas foram direcionadas por meio de um roteiro norteador para aprofundar nos aspectos relativos à procura do PA e à satisfação dos usuários no que concerne ao acesso e acolhimento na atenção básica. Considera-se que o roteiro para entrevista semiestruturada serve de orientação e guia para o desenrolar da interlocução, permitindo a flexibilidade das conversas (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2014).

Esse roteiro era composto por questões sobre o local onde o usuário busca por atendimento, motivo para a procura pelo PA, se realiza algum seguimento de saúde, sobre o conhecimento referido dos serviços de saúde disponíveis na AB, avaliação sobre o acesso aos

serviços da AB, acolhimento dos profissionais que atendem, e sobre a satisfação com o atendimento recebido nas USFs/ UBSs.

Compreende-se que o pré-teste dos roteiros de entrevistas leva geralmente à modificação da forma de abordar os assuntos, tornando-se necessário, com frequência, dar explicações mais claras aos entrevistados sobre os conteúdos que gerem dúvidas, portanto é recomendável acrescentar questões que se mostrem importantes do ponto de vista dos usuários (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2014). Logo, foi realizado um pré-teste com alguns usuários do PA que se dispuseram voluntariamente a dar sua opinião sobre o formato das questões pré-elaboradas (APÊNDICE A) e auxiliaram a pesquisadora a adequá-las na linguagem que tivesse maior significado para os participantes do estudo. Após ser testado por quatro voluntários, chegou-se ao roteiro de perguntas final que foi aplicado a todos os usuários entrevistados (APÊNDICE B).

Como Minayo, Assis e Souza (2014), entende-se que para definir o tamanho da amostra em abordagens qualitativas, é considerado suficiente quando se inicia a reincidência de informações. Portanto, utilizou-se do critério de repetição e saturação dos dados para determinar o número de entrevistas (FONTANELLA, RICA e TURATO, 2008).

Partindo desses critérios, as 28 entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra, interpretadas e analisadas pela pesquisadora, abordando questões relativas ao acesso e acolhimento na AB, aspectos relativos ao atendimento, à satisfação do usuário em relação aos atendimentos na AB, à resolução do problema apresentado, ao motivo da procura pelo PA e à integralidade da atenção à saúde.

5.5.2.4 Fonte primária – diário de campo

Utilizou-se o momento da coleta de dados nos cinco PAs do município, entre as abordagens aos usuários os quais participaram do estudo, para a construção de um diário de campo que se constituiu em mais uma fonte de dados para a análise do objeto de investigação.

Este diário foi composto por registros das principais características dos cenários de investigação (infra-estrutura, recursos humanos e oferta de serviços), de algumas situações presenciadas no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde na prestação de cuidado aos diferentes usuários que procuraram atendimento nos PAs, e de algumas anotações para melhor

contextualizar ou compreender as respostas dadas pelos usuários nos instrumentos e entrevistas semiestruturadas.

Portanto, o foco da observação foi a organização do processo de trabalho nos PAs, e o atendimento prestado aos usuários desde a chegada na unidade de PA, o acolhimento por um profissional de enfermagem, a espera pelo atendimento médico, até o momento de entrada no consultório.

Para a elaboração do referido diário, utilizou-se a técnica de observação simples, considerando esta a forma mais apropriada para conhecer a realidade uma vez que se caracteriza por um mínimo de intervenção possível do pesquisador no cenário de investigação, possibilita a obtenção de elementos para a definição do objeto e favorece a construção de hipóteses acerca do problema pesquisado (GIL, 2011).

No entanto, essas anotações não foram submetidas a um corpo de análise específico, constituindo-se apenas em material complementar às outras fontes de dados, assim como Minayo, Assis e Souza (2014) percorreram em seu estudo.

5.6 Análises dos Dados

Para a análise, utilizaram-se como temas centrais o acesso e acolhimento. O acesso foi analisado na dimensão da disponibilidade que, segundo Sanchez e Ciconelli (2012), se constitui na representação da existência do serviço de saúde, sendo exemplificados também como o horário de funcionamento e o momento em que os serviços são necessários. O acolhimento foi analisado nas dimensões resolutividade, humanização e solidariedade que, segundo Medeiros et al. (2010) sinalizam pontos de satisfação de um serviço de saúde.

Os dados quantitativos e qualitativos foram organizados e analisados separadamente e após terminada esta etapa, seguiu-se para a análise interpretativa, comparando e relacionando todas as fontes de dados para verificação de temas convergentes e divergentes e dialogar com as inferências encontradas, consoante ao que é estabelecido nos estudos mistos concorrentes (CRESWELL e CLARK, 2013).

Para a organização dos dados quantitativos, foram realizadas codificação das variáveis presentes nas fichas de atendimento e no instrumento aplicado e a elaboração de um dicionário de dados com essas codificações.

Foi construído um banco de dados em planilha formato Excel, utilizando-se a técnica da dupla digitação, a fim de minimizar erros sistemáticos (MINAYO et al, 2014).

Para a apresentação dos resultados quantitativos, trabalhou-se com os dados extraídos das fichas de atendimento e dos questionários aplicados por meio de uma análise univariada com a descrição das variáveis dependentes (questões de satisfação do questionário EUROPEP) e independentes (faixa etária, escolaridade, autopercepção de saúde, equipe de saúde proveniente), na população estudada.

Na etapa final da análise, foram realizados cruzamentos entre as variáveis, para verificar possíveis associações entre os padrões de resposta e as características sociodemográficas dos usuários. Para tanto, realizou-se o cálculo da frequência simples das medidas de posição (média e mediana), e de dispersão (desvio-padrão).

Foi realizada análise bivariada efetuada pelo cruzamento das variáveis independentes, de acordo com a natureza, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado) e, quando necessário, o teste de Fisher (AGRESTI, 2007). Para análise descritiva e bivariada utilizou-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0 para Windows e o *Software R* para análise de Correspondência (AC) utilizando-se a análise de tabelas de contingência de grande porte que permite a visualização gráfica das categorias das variáveis e verifica o grau de interação entre as mesmas (INFANTOSI, COSTA e ALMEIDA, 2014; MANZINI, MARTINEZ & CARVALHO, 2008).

Para a análise qualitativa, realizou-se uma pré-análise dos dados, com leitura flutuante das entrevistas transcritas, uma a uma, na íntegra, e posteriormente em conjunto, com a finalidade de buscar o significado das falas por meio do diálogo com os dados, resultando na organização do material (GIL, 2011).

Utilizou-se o método da análise de conteúdo, modalidade temática, entendendo que consiste em uma técnica de investigação que descreve a análise de comunicação para obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e acolhimento destas mensagens (BARDIN, 2011).

Para a análise temática, foram seguidas três etapas: 1. organização dos dados, considerando os objetivos do estudo, de forma a responder às questões de validade quanto à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 2. exploração do material empírico, com leitura exaustiva dos registros, separação dos fragmentos, identificando convergências, divergências e o que fosse inusitado e 3. classificação e divisão dos dados em temas (MINAYO, 2010).

5.7 Aspctos ticos

Seguiram-se as normatizaes da Comisso Nacional de tica em Pesquisa – CONEP, presentes na Resoluo do CNS 466/12.

A primeira movimentaco tica percorrida constituiu-se em contato prvio autora da pesquisa que efetuou a traduo e validao do instrumento EUROPEP solicitando a autorizao para utilizao no presente estudo (APNDICE C). Esta autorizao fez parte dos documentos enviados ao CONEP.

Tambm solicitou-se autorizao prvia para execuo do estudo SMS-RP (ANEXO C) e com a autorizao em mos, o projeto foi encaminhado ao Comit de tica da EERP-USP e obteve aprovao em 09 de dezembro de 2013, sob nmero de protocolo 12678013.9.0000.5393 (ANEXO D). Com a autorizao oficial, fez-se contato com os coordenadores dos PAs, explicando a importncia da pesquisa, a motivao e os objetivos do estudo, sendo indicado como seriam realizadas as etapas do projeto.

Solicitou-se aos usurios que fizeram parte do estudo para assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APNDICE D) que foi apresentado a cada participante do estudo, em linguagem acessvel e clara, contendo os objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados e utilizao dos mesmos.

Garantiram-se o anonimato e o esclarecimento e que somente participariam do estudo aqueles que aceitassem, mediante assinatura do TCLE, e que todo material ficaria sob a guarda da pesquisadora. Todos os participantes receberam uma cpia assinada do TCLE, ficando outra via retida com a autora do estudo.

6 RESULTADOS

Para melhor identificação dos achados encontrados, os resultados são apresentados em quatro distintas seções, sendo 1- Registros do diário de campo, 2 - Dados extraídos do questionário EUROPEP, 3 - Dados extraídos das fichas de atendimento do PA, 4 - Falas das entrevistas semiestruturadas.

6.1 Registros do Diário de Campo

6.1.1 Caracterização do local do estudo – Os cinco Pronto-Atendimentos públicos do município de Ribeirão Preto

Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) da Treze de Maio

A área de abrangência atende todos os usuários que são residentes na região da UBDS da Castelo Branco, unidade distrital que após a inauguração da UPA Treze de Maio, atende apenas a área ambulatorial.

A nova UPA foi inaugurada apenas em maio de 2012, mas atende aos critérios mínimos estabelecidos pelo MS para o funcionamento de uma UPA, com 9 leitos de observação com equipamento multiparâmetro, sala de emergência, atendimento de assistência social e psicológica de segunda a sexta-feira e ala pediátrica separada.

Após o acolhimento, os usuários são classificados por cores: verde, amarelo e vermelho. Sendo que mesmo os verdes são ainda divididos entre os que são prioridades (idosos, gestantes, hipertensos) ou não. A classificação de risco é feita por um técnico de enfermagem, e todas as fichas, após este acolhimento, são avaliadas pelo enfermeiro de plantão, a fim de confirmar a classificação dos usuários realizada.

Após ocorrer a referida classificação, os usuários vão para um segundo ambiente da unidade e de lá, são chamados em pequenos grupos que são dirigidos para o corredor dos consultórios. Um usuário por vez deste grupo é chamado para o atendimento. Quando se esgota o grupo, ou seja, após chamarem todos os usuários, o médico volta a esse segundo ambiente e chama por mais nomes, formando novo grupo de usuários para o corredor. Esta dinâmica, segundo a equipe, otimiza o atendimento.

PA UBDS Central

A unidade conta com 10 leitos de observação, sala de emergência, salas de Raios-X, ampla área de atendimento odontológico (consultórios e salas de atendimento, e inclusive uma sala de atendimento de urgência odontológica) e ambulatório de especialidades vinculado e atendendo às áreas de neurologia, cardiologia, pneumologia, reumatologia, oftalmologia, GO e clínica médica. Devido à falta de médicos contratados para atender a esta última especialidade no momento da coleta de dados, contava com o atendimento de médico temporário para atender três vezes na semana.

Nesse período, a UBDS estava sem atendimento de pediatria e endocrinologia por falta de profissional especializado (médico aposentou - exoneração de cargo), e, naquele momento, não contavam com o equipamento de ultrassonografia (USG).

Observou-se que algumas salas estavam vazias e desativadas, sendo uma das razões a falta de ar condicionado, tornando o ambiente muito quente e pouco arejado para atendimento.

A classificação de risco estava sendo realizada pelos enfermeiros. Havia técnicos de enfermagem junto ao ambiente do acolhimento, que é único, mas estes ficavam mais responsáveis por verificar sinais vitais e questionar sintomas. Eles classificavam como azul aqueles usuários que não tinham nenhuma prioridade e podiam aguardar, e verde os idosos, gestantes, hipertensos. Deste modo, os casos classificados como azul e verde ficavam no mesmo espaço físico com os usuários que ainda não tinham sido acolhidos. Se era percebida uma maior urgência para a resolução do caso, ou seja, vermelho ou amarelo, estes eram imediatamente direcionados para o atendimento de urgência.

Os mesmos usuários que eram acolhidos para pronto-atendimento (área verde) ficavam no mesmo ambiente que os usuários que tinham consulta agendada na área ambulatorial e/ou urgência odontológica, sendo diferenciados apenas por um crachá adesivo de identificação. Os usuários que estavam aguardando consulta eventual (pronto-atendimento) também eram chamados em pequenos grupos para aguardarem no corredor dos consultórios, conforme ocorria na UPA Treze de Maio.

Logo que se iniciou a coleta, foi observado um grande fluxo de pacientes no PA que não eram de Ribeirão Preto. Talvez este fato se dê pela proximidade do local com a rodoviária intermunicipal.

PA UBDS Vila Virgínia

A estrutura se assemelha à estrutura da UBDS Central por ser antiga e pouco ventilada. Percebeu-se na área ambulatorial além do atendimento de clínica médica, GO e pediatria, o atendimento de várias especialidades como odontologia, cardiologia, reumatologia, urologia, dermatologia e endocrinologia. Em caso de necessidade das áreas de pneumologia, ortopedia e oftalmologia, os pacientes eram encaminhados para o NGA, Santa Lídia ou UNAERP.

Havia salas de Raios X, USG transvaginal obstétrico e pélvico, eletroencefalograma (ECG), coleta de sangue e vacinas e o serviço de entrega de material de curativo para o domicílio dos usuários, realizado pelo Serviço de Assistência Domiciliar (SAD).

O PA de pediatria, assim como na UPA da Treze de Maio e da UBDS Sumarezinho, é separado do PA de adulto. Presenciou-se uma mulher que estava acompanhando seu pai e pedia informações para a enfermeira da área ambulatorial sobre encaminhamento de oftalmologia. Observou-se que a enfermeira não estava segura de quais orientações dar, como explicar o fluxo de atendimento e informar claramente sobre o sistema de referência, contrarreferência, encaminhamentos para esta especialidade, a fim de fornecer informação à mulher de como conseguir o referido encaminhamento. Foi preciso perguntar ao guichê dos funcionários do arquivo que realiza os encaminhamentos via SMS para saber como melhor informá-la.

Foi observada a ausência da figura do enfermeiro no PA para classificação ou supervisão da classificação de risco. E identificou-se que não havia atribuição de prioridades por cores. No geral, usuários que chegavam em situações “visivelmente” de urgência e/ou emergência eram imediatamente direcionados para o atendimento de urgência e/ou emergência. Nesta unidade, também os usuários acolhidos e ainda não acolhidos aguardavam no mesmo espaço físico.

PA da UBDS Quintino II

Esta unidade contava com as seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, reumatologia, pneumologia, odontologia e serviço social. Não há endocrinologia e gastrologia. Havia farmácia, coleta de sangue e vacinas, ECG, USG, e Raios X.

Quem realizava o acolhimento no PA era o técnico de enfermagem e também não havia supervisão direta do enfermeiro bem como a realização da classificação de risco.

Durante o período de coleta, observou-se que uma usuária entrevistada que realizava acompanhamento na USF Estação do Alto foi a este PA solicitar renovação de receita médica para pegar o remédio de uso contínuo. Informou à pesquisadora que necessitou recorrer ao PA devido à unidade estar alguns meses sem clínico para atender (o último saiu e não houve mais contratações). Após passar pelo acolhimento, a auxiliar de enfermagem a tratou de maneira hostil e disse que, provavelmente, o médico que iria atendê-la não faria a receita, pois ele não era responsável por renovar receita. Além disso, a usuária não tinha a receita antiga em mãos para solicitar a troca. Pela ficha de atendimento, no campo de conduta, não havia registro de atividades e confirmou-se, após o atendimento com a usuária, que realmente não houve renovação de receita.

PA da UBDS Sumarezinho

Havia duas salas para acolhimento dos usuários neste PA, e quem os realizava eram os técnicos de enfermagem. Estes, em caso de dúvidas na triagem dos usuários, eram ancorados pelo enfermeiro responsável de plantão. A classificação de risco também não era utilizada. Mas os usuários “visivelmente” em situação de urgência tinham prioridade no atendimento.

Durante o período de observação, verificou-se que havia falta de médicos escalados nesta unidade, sendo no geral um ou dois por plantão. Havia a assistência dos alunos da medicina USP, mas segundo a equipe de enfermagem, a presença dos referidos alunos não era suficiente para atender o grande fluxo de pacientes.

É provável que por isso na maioria das fichas levantadas deste posto não havia registro de conduta, uma vez que se observou que muitos usuários, cansados de esperarem por horas para serem chamados para atendimento médico, desistiam e abandonaram o serviço. Por isso não respondem ao chamado conforme se observou no registro contido na ficha de atendimento as letras NRC (Não Respondeu ao Chamado).

6.1.2 Contexto dos PAs: Implicações para os usuários observados no momento da coleta de dados

Desde o primeiro dia de coleta, na abordagem aos usuários durante a espera pelos atendimentos nos PAs a fim de identificar quais deles atendiam aos critérios de inclusão para participarem do estudo, percebeu-se que muitos não obtiveram atendimento médico na atenção básica nos últimos seis meses. E a justificativa para muitos deles não terem passado por atendimento na unidade de AB foi ou por não conseguir vaga/ agendamento, ou por nunca procurar atendimentos médicos e que quando adoece e precisa procura o PA. Então, a partir deste critério, muitos não se encaixavam no perfil de sujeitos para a pesquisa.

Observou-se, em todos os PAs, que muitos usuários se negaram a participar do estudo argumentando: “_Ah, isso não vai mudar em nada. Já fizeram tantas pesquisas por aqui e nada foi feito.”.

Muitos pacientes ficaram sem responder a algumas variáveis porque não souberam responder.

Houve situações em que usuários, nos dias da aplicação do instrumento e entrevista no PA, procuraram atendimento na AB e não conseguiram, relatando que os profissionais da AB os orientaram a procurar o PA.

Há queixas relacionadas à demora no encaminhamento de exames para as especialidades médicas e vários usuários justificam que o pedido fica parado na SMS.

Houve casos de usuários provenientes dos NSF's que buscaram o PA da UBDS Sumarezinho justificando morarem próximo a esse PA.

Alguns outros usuários responderam “péssimo” em relação ao sigilo da informação sobre o problema porque a consulta foi realizada de portas abertas. Também responderam “péssimo” no que concerne às informações sobre o que gostaria de saber sobre os sintomas e doença porque disseram que o médico não os deixou falar.

Ainda houve alguns usuários que responderam “péssimo” no tocante à indicação de serviços de prevenção de doenças argumentando que às vezes eles têm de pedir ao médico para fazer o pedido dos exames, caso contrário, estes não são solicitados.

Todas as unidades básicas de saúde estão cadastradas para realizar o agendamento por telefone para as especialidades básicas (clínico, pediatria e GO) conforme se confirmou com os profissionais que trabalham no teleagendamento. Contudo, durante a coleta de dados, alguns usuários informaram que não conseguiam realizar o agendamento por telefone.

Quem é responsável por “abrir a agenda”, isto é, abrir vagas para marcação de consultas é o gerente de cada unidade de saúde, e a data para abrir essas vagas está a depender da disponibilidade de horários e de profissionais médicos. O que tem ocorrido, segundo os profissionais do teleagendamento, é a falta de profissionais médicos para atender nas unidades, levando assim ao acúmulo de usuários aguardando marcação de consultas.

Segundo os profissionais do teleagendamento, não há unidades com mais ou menos dificuldade para marcar consulta atualmente. A problemática de demora para agendamento era geral durante o período de coleta de dados.

Para o atendimento às especialidades médicas é necessário que o clínico geral ou GO solicite um encaminhamento, que é enviado à SMS e esta é responsável pela “regulação de vagas” para as especialidades. Esta demanda para as especialidades tem sido grande, por isso morosa.

Os profissionais da equipe de enfermagem vinculados à Prefeitura fizeram paralisação entre os dias 03 e 14 de fevereiro (RIBEIRÃO PRETO, 2014c) por reivindicações de ajuste salarial. Porém a paralisação dos profissionais não foi fator impeditivo para a aplicação do instrumento e entrevistas junto aos usuários, considerando que o atendimento nos PAs não foi interrompido.

6.2 Dados do Questionário EUROPEP

6.2.1 Caracterização sociodemográfica dos usuários do estudo

Durante a realização da coleta de dados, observou-se que algumas fichas de atendimento no PA não foram encontradas no arquivo. Quando se pesquisou o desaparecimento deste material com a equipe de profissionais administrativos, responsáveis pelo arquivamento das fichas, foi destacado por eles a provável retenção da ficha de atendimento por parte dos usuários que não aceitaram receber a medicação prescrita e registrada na ficha pelo médico que o atendeu. Ou seja, por não aceitar tomar o medicamento que é administrado pela equipe de enfermagem no PA com a apresentação da ficha, o usuário pode ter optado por não receber o fármaco prescrito, levando a ficha embora consigo para seu domicílio.

Portanto, dados como endereço do usuário, frequência de atendimento, justificativa para a procura, conduta e encaminhamentos realizados não foram identificados para estes casos. Nesse sentido, apesar do cálculo amostral de sujeitos do estudo anteriormente computado ser de 485 participantes, durante a realização da coleta de dados em campo ao evidenciar a problemática do desaparecimento das fichas de atendimento, extrapolou-se o número de sujeitos abordados, totalizando 514 usuários, logo obtiveram 514 opiniões sobre os atendimentos na AB. Entretanto, destes, 33 fichas de atendimento não foram encontradas, logo, há ao todo 481 usuários com registros completos.

Apesar dessa lacuna de dados, foram computados 514 usuários e então não excluídos os 33 usuários cujas fichas não foram encontradas considerando-se que, para responder aos objetivos deste estudo, os dados faltantes, extraídos a partir destas fichas de atendimento no PA, são apenas para complementação de resultados sobre a satisfação dos usuários com a AB na perspectiva do acesso e acolhimento, sendo assim, não se constitui como fator decisório para responder à questão de investigação.

Deste universo de 514 usuários participantes, 80,5% (414) são do sexo feminino e 19,5% (100) do sexo masculino. Para este dado, é importante destacar que apesar de ter sido realizado o cálculo de amostra por estratos de sexo e idade, não foi possível respeitar a divisão por sexo, uma vez que, durante todo o período de coleta, ao abordar todos os usuários dos PAs que aguardavam atendimento, a grande maioria que se enquadrava nos critérios de inclusão eram mulheres. Isto é, dificilmente identificaram-se usuários homens da área de abrangência do município que passaram por pelo menos um atendimento na AB nos últimos seis meses anteriores. Quando se questionou há quanto tempo estes não procuravam atendimento na AB, a grande maioria respondeu que tinha procurado há mais de um ano, ou que nunca tinha procurado.

As gestantes constituíram-se em 4,3% (22) do total da amostra.

A idade média dos usuários foi de 43 anos, sendo a mediana 42 anos, a idade mínima de 18 anos e máxima de 84 anos com desvio-padrão de 17 anos. O maior percentual de idade que constituiu a amostra foi dos usuários entre 18 e 29 anos (27,63%).

Fonte: Dados do estudo.

Esquema 1: Número de sujeitos participantes que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo PA e faixa etária, Ribeirão Preto, 2014.

No que se refere à escolaridade, tem-se que 33,4% (171) tinham o Ensino Médio completo ou Superior incompleto, 28,1% (144) tinham o Ensino Elementar¹ completo ou Ensino fundamental incompleto, 23,4% (120) tinham o Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto, 8,8% (45) tinham o Ensino elementar incompleto, ou seja, estudou da 1ª a 3ª série somente, 3,5% (18) tinham o Ensino Superior completo e 2,7% (14) eram analfabetos.

¹ Refere-se ao Ensino Fundamental na atual legislação vigente de educação no Brasil.

Tabela 1: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP segundo sexo, idade e escolaridade, Ribeirão Preto, 2014.

Caracterização dos usuários	n	%
Sexo		
Feminino	414	80,5
Masculino	100	19,5
Total	514	100,0
Idade		
18 a 29	142	27,63
30 a 39	95	18,48
40 a 49	85	16,54
50 a 59	80	15,56
60 a 69	69	13,42
70 a 79	37	7,20
> 80 anos	5	0,97
Total	514	100,0
Escolaridade		
Analfabeto	14	2,7
Ensino Elementar incompleto	45	8,8
Ensino Elementar completo ou Fundamental incompleto	144	28,1
Ensino Fundamental completo ou Médio completo	120	23,4
Ensino Médio completo ou Superior incompleto	171	33,4
Superior completo	18	3,5
Total	514	100

Fonte: Dados do estudo.

Quanto à procedência das equipes de saúde que mais se evidenciaram como unidade de saúde de referência para os usuários foram: UBDS Vila Virgínia no DS Sul, em que havia 11,7% (60) usuários provenientes, 8% (41) eram da UBS Parque Ribeirão Preto no DS Sul 5,9% (30) da UBS Campos Elíseos no DS Central, 5,9% (30) da UBS Vila Recreio no DS Oeste e 4,9% (25) da UBDS Castelo Branco no DS Leste.

É importante destacar que as UBDSs Vila Virgínia, Quintino II, Central e Castelo Branco possuem vários usuários cadastrados para atedimento da área básica, como clínica médica e ginecologia. Por isso essas unidades foram evidenciadas entre os usuários participantes do estudo enquanto Equipe de Saúde de proveniência.

Tabela 2: Equipes de Saúde das quais os usuários que responderam ao instrumento EUROPEP são provenientes, Ribeirão Preto, 2014.

Equipe de Saúde	n	%
UBDS Vila Virgínia	60	11,7
UBS Parque Ribeirão Preto	41	8,0
UBS Vila Recreio	30	5,8
UBS Campos Elíseos	30	5,8
UBDS Castelo Branco	25	4,9
UBS Ipiranga	22	4,3
UBS Ribeirão Verde	22	4,3
UBS Quintino I	20	3,9
UBS Simioni	19	3,7
UBS Jardim Presidente Dutra	18	3,5
UBS Vila Tibério	15	2,9
UBS Jardim Paiva	14	2,7
UBS Vila Abranches	13	2,5
UBS Vila Albertina	13	2,5
UBS Dom Miele	13	2,5
UBS Jardim Aeroporto	12	2,3
USF Maria Casagrande Lopes	12	2,3
UBS Vila Mariana	12	2,3
UBS Marincek	11	2,1
UBDS Sumarezinho	10	1,9
UBS Adão do Carmo Leonel	10	1,9
UBS José Sampaio	8	1,6
UBS Jardim Maria das Graças	8	1,6
UBS Jardim João Rossi	7	1,4
UBS Jardim Juliana	6	1,2
CSE Vila Tibério	6	1,2
USF Estação do Alto	6	1,2
CSE Ipiranga	5	1,0
USF Avelino Alves Palma	5	1,0
Outros	42	8,2
Total	514	100

Fonte: Dados do estudo.

Destaca-se que, dentre os 48 estabelecimentos de AB, as únicas unidades de saúde em que não houve usuários participantes do estudo foram a UBS PAM II do DS Central, que não realiza atendimento de clínica médica e ginecologia, e a USF Portal do Alto no DS Oeste.

Durante o período de coleta de dados, as unidades de saúde UBS Santa Cruz do DS Leste e o CMSC Vila Lobato do DS Oeste estavam fechadas para reforma havia três anos, sendo que os pacientes provenientes da primeira, que precisassem de atendimentos na área básica (atendimento de pediatria, ginecologia, clínica médica, dentre outros), estavam sendo

referenciados para a UBDS Castelo Branco e os pacientes da segunda para a UBDS Sumarezinho.

A presença de doença crônica autorreferida pelos usuários mais citada foi a hipertensão arterial com 32% (163), seguida de doença digestiva crônica com 31,6% (161), doença osteoarticular crônica com 30,8% (156), doença respiratória crônica com 29,3% (149), 19,1% (97) relataram ter alguma doença mental, sendo a depressão mais frequente reportada (69,0% dos casos de doença mental referida), 14% (72) disseram ter Diabetes Mellitus, 8,4% (43) referiram doenças cardíacas, 3,5% (18) referiram presença de tumor e 1,2% (6) referiu ter vivenciado Acidente Vascular Cerebral.

6.2.2 Marcação e pontualidade das consultas e visitas domiciliares

Em relação a quantos dias decorreram entre o dia da marcação e o dia da consulta na AB, 12,7% (65) disseram que foram atendidos no mesmo dia, caracterizando o atendimento por demanda espontânea. Dos casos que foram atendidos no mesmo dia, a maioria deles ocorreu em situação de atendimento em que o usuário ocupava o horário de algum faltoso. Dos 45 estabelecimentos de AB em que havia usuários provenientes que constituíram a amostra, 13 não atenderam a demanda espontânea, dentre os usuários que participaram do estudo.

Entre as unidades de saúde que atenderam maior percentual de usuários no mesmo dia em que procuraram estão em ordem decrescente NSF 1 (100%) e NSF 3 (50%) no DS Oeste, UBS João Rossi (57,1%) no DS Central, USF Avelino Alves Palma no DS Norte (40%), USF Estação do Alto (33,3%) e UBS Simioni no DS Norte (31,57%), UBS Ribeirão Verde no DS Norte (27,27%), UBS José Sampaio (25%) no DS Oeste, UBS Vila Abranches (23,07%) no DS Leste e UBS Jardim Presidente Dutra no DS (22,22%).

Dos 87,3% (445) que não foram atendidos no mesmo dia, o tempo de espera entre o dia da marcação e o dia da consulta na AB obteve média de 58 dias e mediana de 45 dias, sendo 365 dias (um ano) o tempo máximo de espera referido.

Em 75,6% (387), a consulta foi marcada em uma hora adequada.

Para conseguir a consulta 70,3% (359) dos entrevistados foram até a unidade de AB para marcar, 16,2% (83) estavam com a consulta marcada desde a consulta anterior,

9,2% (47) marcaram a consulta por telefone, e o restante teve a consulta marcada por um terceiro.

As gestantes relataram ser mais fácil agendamento na unidade de AB durante a gestação, mas fora deste período era mais difícil. Algumas tiveram como motivo para a consulta o fato de esta ter sido marcada previamente devido ao pré-natal.

No que diz respeito à possibilidade de alterar a data e hora da consulta marcada 80,3% (378) disseram que não foram informados sobre essa possibilidade.

Para os usuários com consulta marcada na AB, 44,3% (227) responderam que foram atendidos na hora marcada, seguidos de 43% (220) que não foram e 12,7% (65) que foram atendidos no mesmo dia. O tempo médio de espera para atendimento de consulta referido pelos usuários foi de 35 minutos, com desvio-padrão de 55 minutos e o tempo máximo de 300 minutos (5 horas).

Para os usuários que não foram atendidos na hora marcada (216), quando perguntados sobre a opinião do tempo de espera, a maioria (70,83%) considerou ter esperado muito, destes, 54,26% (83) relataram que não receberam qualquer explicação pelo atraso mas gostariam de ter recebido, 39,87% (61) disseram que não receberam qualquer explicação pelo atraso, mas compreenderam as razões pela demora no atendimento, e 5,88% (9) responderam que receberam explicações sobre o atraso.

Sobre o número de visitas domiciliares nos últimos doze meses, 100% (514) dos usuários relataram que nunca receberam visitas da equipe médica.

6.2.3 Indicadores de satisfação

Os indicadores de satisfação que foram abordados neste estudo foram contemplados, conforme as questões contidas no instrumento EUROPEP (BRANDÃO, 2011).

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 1: Avaliação dos usuários sobre a Relação e Comunicação nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.

Se forem somados os percentuais de usuários que avaliaram como “muito bom” ou “bom” as questões relacionadas à duração da consultas, interesse do profissional, sentir-se à vontade e segredo, têm-se respectivamente 75,7% (389), 73% (375), 73% (375) e 78,8% (390). Apenas a questão sobre a participação do usuário tem porcentagem inferior a 70%.

Em menor número têm-se os usuários que avaliaram o indicador Relação e Comunicação como “regular”, e em percentual mais inferior ainda têm-se os que avaliaram como “ruim” ou “péssimo”.

Uma parcela expressiva de usuários responderam “não se aplica” para a questão sobre o sigilo (12,9%). No contato com o pesquisador durante a aplicação do instrumento, estes disseram não saber se o sigilo de suas informações eram respeitados, por isso optaram por essa resposta.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 2: Avaliação dos usuários com os Cuidados Médicos nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.

Um número expressivo de usuários respondeu “não se aplica” para as questões relativas aos cuidados médicos. Sobre o alívio rápido dos sintomas, 32,2% (165) responderam “não se aplica”, justificando que ainda não obtiveram a resolução do seu problema, considerando a demora para fazer os exames, o retorno do médico para checar os resultados dos exames solicitados e/ou então tomar uma conduta frente aos resultados apresentados e avaliação realizada. Por este mesmo motivo, estes usuários responderam “não se aplica” em relação à melhora para realizar as tarefas diárias (32,6%).

No que diz respeito ao exame físico que o profissional fez durante a consulta, 29,3% (150) responderam “não se aplica” justificando que não foram examinados, e houve 24,4% (125) que responderam “não se aplica” no que concerne à indicação de serviços de prevenção de doenças.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 3: Avaliação dos usuários sobre a Informação e Apoio nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.

Tem-se que 14% (72) responderam “não se aplica” no que tange a explicação sobre os exames e os tratamentos prescritos porque disseram que ainda aguardavam o resultado do exame.

Vale destacar que 64,4% (329) dos usuários responderam “não se aplica” para a questão sobre a abordagem feita pelo profissional de saúde durante a consulta sobre questões emocionais. Estes disseram à pesquisadora que este assunto não foi levantado durante o atendimento.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 4: Avaliação dos usuários na Continuidade e cooperação nos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.

Tem-se que 67,1% (345) dos usuários responderam “muito bom” ou “bom” no tocante ao conhecimento do profissional sobre o usuário, no entanto, 46,7% (239) responderam “não se aplica” para a preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares caso precisem argumentando que não obtiveram qualquer orientação nesse sentido.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 5: Avaliação dos usuários na Organização dos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.

Este indicador-chave foi o que obteve maior percentual de respostas “ruim” ou “péssimo”. Estas respostas, se somadas, em ordem decrescente apresentam-se 42,4% (218) para a “facilidade em marcar uma consulta adequada”, 27,4% (141) para a “rapidez com que os problemas foram resolvidos”, 27,1% (139) para o “tempo que esperou para ser atendido” e 15,2% (78) para o “apoio do pessoal do serviço de AB”. Os 7,8% (40) que responderam “não se aplica” para a questão da “rapidez com que os problemas foram resolvidos” relataram que ainda não obtiveram a resolução do seu problema.

A seguir é apresentado outro indicador, sobre a avaliação dos serviços prestados pelas unidades de AB, que apesar de não ser considerado como indicador chave por Brandão (2011), também foi perguntado aos usuários no momento da aplicação do instrumento e é considerado neste estudo como mais um indicador que avalia os serviços de AB.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 6: Avaliação dos usuários quanto aos serviços prestados pelas unidades de AB, Ribeirão Preto, 2014.

No que respeito à “organização geral do serviço”, 54,9% (282) responderam que é “muito bom” ou “bom”. Se forem somadas estas respostas para a “competência, educação e carinho dos médicos”, “equipe de enfermagem” e “pessoal administrativo”, tem-se, respectivamente, para estes grupos de profissionais 68,2% (349), 69,6% (357) e 63,4% (325). Contudo, quanto à visita domiciliar do profissional médico ou enfermeiro, 95,7% (491) dos usuários responderam “não se aplica”, justificando que nunca receberam visitas destes profissionais, e quanto à visita domiciliar do ACS, 78,4% (403) responderam “não se aplica”, ou seja, também não receberam visitas dos agentes.

Alguns usuários consideraram ruim as visitas domiciliares dos ACS justificando que eles somente iam para levar carta de encaminhamentos.

Questionou-se sobre a atitude do usuário após a experiência com o serviço de AB com as seguintes questões: 1 - Recomenda o médico aos seus amigos e 2 - Tem alguma razão para querer mudar de profissional. Para estas duas questões, os usuários tinham como opções de resposta: “concordo muito”, “concordo”, “nem concordo-nem discordo”, “discordo” e “discordo muito”. Para a primeira questão tem-se que 71,7% (368) dos usuários responderam “concordo muito” ou “concordo”, ou seja, avaliando bem o profissional que o atendeu; e 24,7% (127) responderam que teriam alguma razão para querer mudar de profissional.

É importante destacar que mesmo alguns usuários que avaliaram como “ruim” ou “péssimo” todas as outras questões do questionário relativas à sua opinião sobre os serviços de AB e do profissional que o atendeu, responderam que recomendavam o médico aos seus amigos. Quando questionados pela pesquisadora a razão de recomendar um profissional que foi mal avaliado por eles, os usuários argumentaram que se não tinha outro médico para atender, então era melhor ser atendido pelo médico que estava disponível na unidade de saúde do que ficar sem atendimento.

Foi realizado um cálculo comparativo com a avaliação dos indicadores-chaves classificados pela média de proporções de respostas “muito bom” e “bom”, e o resultado é apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Classificação dos indicadores-chave de satisfação (instrumento EUROPEP) dos usuários dos serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014.

Índice Muito bom/ Bom por Indicador-chave	%	Classificação
Relação e comunicação	69,95	Bom
Informação e apoio	72,8	Bom
Cuidados médicos	69,23	Bom
Continuidade e cooperação	65,33	Bom
Organização do serviço	38,52	Ruim

Fonte: Dados do estudo.

A classificação dos indicadores-chave, conforme o percentual de satisfação foi embasada no critério utilizado por Brandão (2011), em que se classificou como “muito bom” se a média das proporções de respostas “muito bom” e “bom” está acima de 85%, foi considerado “bom” se a média foi entre 84 e 65%, “regular” se estivesse entre 64 e 45%, “ruim” se a média ficou entre 44 e 25% e “péssimo” entre 24 e 0%.

Com isso, tem-se que quatro dos indicadores chaves foram classificados como bom e o indicador referente à organização do serviço foi ruim.

Considerando a avaliação de satisfação dos usuários nos diferentes cinco PAs, observa-se que houve associação estatística apenas do item “facilidade em marcar uma consulta”, onde os usuários provenientes dos serviços de AB do DS Oeste apresentaram mais respostas “ruim” ou “péssimo” para este item, e os usuários provenientes do DS Leste apresentaram maior percentual de respostas “muito bom” ou “bom” (pvalor = 0,046).

6.2.4 Cruzamento entre as variáveis do instrumento EUROPEP - Análise bivariada

Tabela 4: Avaliação de “Bom” e “Muito bom” dos indicadores de satisfação instrumento EUROPEP, segundo escolaridade, serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014

Indicadores de Satisfação	Até Ensino Fundamental Incompleto		Desde Ensino Fundamental Completo		Total		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Relação e comunicação							
Duração da consulta	161	79,3	226	73,1	387	75,6	0,179
Interesse do profissional	153	75,3	221	71,5	374	73,0	0,220
Sentir-se à vontade	163	81,7	208	67,8	374	73,3	0,006
Sua participação nos cuidados	156	81,2	198	68,0	354	73,3	0,014
Segredo	151	91,5	237	89,8	389	90,4	0,000
Cuidados médicos							
Alívio rápido dos sintomas	88	63,8	122	58,4	210	60,5	0,398
Melhora desempenho tarefas	87	63,5	125	60,1	212	61,5	0,653
Exame físico	129	92,8	182	82,3	311	86,4	0,068
Indicação serviços prevenção	143	92,8	193	83,2	336	87,0	0,003
Informação e apoio							
Explicação exames e tratamentos	147	77,1	206	77,1	353	80,4	0,072
Informações sintomas e doença	124	74,7	168	60,4	292	65,7	0,003
Abordagem questões emocionais	60	84,5	89	80,1	149	81,8	0,095
Incentivo compreender orientações	145	87,9	203	77,5	348	81,5	0,056
Continuidade e cooperação							
Conhecimento do profissional sobre usuário	151	77,4	192	64,6	343	69,7	0,006
Preparação o que esperar especialistas	91	85,8	118	71,1	209	76,9	0,023
Organização do serviço							
Apoio pessoal unidade de AB	141	69,5	178	57,8	319	62,4	0,037
Facilidade marcar consulta	81	39,9	95	30,0	176	34,4	0,241
Tempo de espera	115	56,9	127	41,2	242	47,4	0,016
Rapidez resolução problemas	108	59,0	137	47,4	240	51,9	0,128
Serviços prestados na Unidade de AB							
Organização geral	122	60,1	159	51,4	281	54,8	0,253
Horário de atendimento	131	64,8	155	50,5	286	56,2	0,022
VD dos ACSs	41	97,6	57	82,6	98	88,3	0,110
VD médicos e enfermeiros	10	100,0	9	75	19	85,9	0,141
Pontualidade profissionais	124	61,7	136	52,4	260	51,3	0,003
Avaliação médicos	155	77,1	192	62,8	347	68,5	0,005
Avaliação enfermagem	150	74,2	206	67,3	356	70,1	0,501
Avaliação pessoal administrativo	151	75,1	173	56,2	324	63,6	0,000
Limpeza	146	71,9	205	66,8	351	68,9	0,577

Fonte: Dados do estudo.

Na análise entre os indicadores de satisfação e escolaridade, observou-se que houve associação entre as três questões do indicador Relação e Comunicação, em que os usuários

menos instruídos estão mais satisfeitos. Este mesmo resultado foi observado para o item indicação de serviços de prevenção, informações sobre os sintomas e doença, e sobre as duas questões do indicador Continuidade e cooperação.

Quanto ao indicador Organização do serviço, tem-se que os menos instruídos estão mais satisfeitos com o “apoio do pessoal da unidade de AB” e “tempo de espera” e se mostraram mais satisfeitos com o “horário de atendimento”, “pontualidade dos profissionais”, “avaliação dos médicos” e “avaliação do pessoal administrativo”.

Para os outros itens, não foi observada associação entre o nível de escolaridade e as variáveis de satisfação.

Tabela 5: Avaliação de “Bom” e “Muito bom” dos indicadores de satisfação, segundo faixa etária, serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014

Indicadores de Satisfação	18 a 39 anos		40 a 59 anos		60 anos ou mais		Total		P valor
Relação e comunicação	n	%	n	%	n	%	n	%	
Duração da consulta	176	74,3	125	75,7	87	78,4	388	75,6	0,963
Interesse do profissional	169	71,3	121	73,3	84	75,6	374	72,9	0,892
Sentir-se à vontade	164	69,5	126	76,7	84	76,3	374	73,2	0,062
Sua participação nos cuidados	157	69,5	113	74,9	84	78,5	354	73,1	0,385
Segredo	193	91,9	123	89,8	88	73,0	389	90,5	0,486
Cuidados médicos									
Alívio rápido dos sintomas	101	60,1	62	58,5	47	64,4	210	60,5	0,740
Melhora desempenho tarefas	101	60,5	63	60,0	48	65,8	212	61,5	0,155
Exame físico	152	79,0	95	92,2	65	86,7	312	86,5	0,172
Indicação serviços prevenção	156	82,6	114	91,9	68	91,9	338	87,4	0,57
Informação e apoio									
Explicação exames e tratamentos	162	76,4	120	82,7	72	86,8	354	80,5	0,528
Informações sintomas e doença	129	60,0	98	68	66	76,8	293	65,9	0,075
Abordagem questões emocionais	70	79,6	49	79	29	93,6	148	81,8	0,495
Incentivo compreender orientações	155	76,5	111	84,7	82	87,2	348	81,5	0,079
Continuidade e cooperação									
Conhecimento do profissional sobre usuário	150	65,2	129	72,1	84	77,0	345	60	0,05
Preparação o que esperar especialistas	90	68,7	70	81,4	49	89,1	209	76,9	0,008
Organização do serviço									
Apoio pessoal unidade de AB	126	53,2	111	67,7	84	75,6	321	62,7	0,00
Facilidade marcar consulta	68	28,7	55	33,5	54	48,6	177	34,6	0,003
Tempo de espera	95	40,3	85	51,5	63	57,3	243	47,5	0,034
Rapidez resolução problemas	115	50,4	70	48,3	61	61,0	246	52,0	0,386
Serviços prestados na Unidade de AB									
Organização geral	121	51,0	89	54,0	72	64,9	282	54,9	0,123
Horário de atendimento	112	47,4	94	57,3	80	72,7	286	56,1	0,002
VD dos ACSs	51	86,4	27	87,1	20	95,2	98	88,3	0,284
VD médicos e enfermeiros	7	87,5	7	77,7	5	100	19	86,4	0,851
Pontualidade profissionais	96	40,7	91	56,2	74	67,3	261	51,4	0,000
Avaliação médicos	143	61,1	116	71,2	90	81,1	349	68,7	0,006
Avaliação enfermagem	151	64,3	115	70,6	90	81,1	356	69,9	0,002
Avaliação pessoal administrativo	125	53,2	113	68,9	86	77,5	324	63,5	0,000
Limpeza	158	67,0	120	73,2	75	67,6	353	69,0	0,779

Fonte: Dados do estudo.

No tocante ao teste de associação entre a faixa etária e as variáveis de satisfação, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa das idades entre os itens do instrumento sobre Continuidade e Cooperação, em que os mais velhos, com faixa etária de 60 anos ou mais apresentaram maior percentual de respostas “muito bom ou “bom” do que as outras faixas etárias.

Em três das quatro questões sobre Organização do serviço e em cinco das nove questões sobre os Serviços prestados nas unidades de AB observou-se esse mesmo resultado.

No que se refere à análise da relação do estado de saúde referido pelo usuário e as variáveis de satisfação, agruparam-se em um grupo denominado “Saúde boa”, as respostas “ótima”, “muito boa” e “boa”, e no outro grupo denominado “Saúde má”, as respostas “regular” ou “má”.

Tabela 6: Avaliação de “Bom” e “Muito bom” dos indicadores de satisfação, segundo auto-percepção de saúde, serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014

Indicadores de Satisfação	Saúde boa		Saúde má		Total		P valor
	n	%	n	%	n	%	n
Relação e comunicação							
Duração da consulta	172	81,51	213	90,53	385	75,49	0,057
Interesse do profissional	163	77,25	208	69,56	371	72,74	0,022
Sentir-se à vontade	161	76,3	211	70,56	372	72,94	0,015
Sua participação nos cuidados	155	73,45	197	65,88	352	69,01	0,376
Segredo	163	77,25	224	74,91	387	75,88	0,493
Cuidados médicos							
Alívio rápido dos sintomas	88	41,7	123	41,13	211	41,37	0,456
Melhora desempenho tarefas	93	44,07	119	39,79	212	41,56	0,360
Exame físico	146	69,19	165	55,18	311	60,98	0,040
Indicação serviços prevenção	148	70,14	187	62,54	335	65,68	0,038
Informação e apoio							
Explicação exames e tratamentos	158	74,88	193	64,54	351	68,82	0,052
Informações sintomas e doença	134	63,50	158	52,84	292	57,25	0,0007
Abordagem questões emocionais	62	29,38	86	28,76	148	29,01	0,821
Incentivo compreender orientações	158	74,88	188	62,87	346	67,84	0,021
Continuidade e cooperação							
Conhecimento do profissional sobre usuário	152	72,03	190	63,54	342	67,05	0,176
Preparação o que esperar especialistas	88	41,70	120	40,13	208	40,78	0,759
Organização do serviço							
Apoio pessoal unidade de AB	126	59,71	192	64,21	318	62,35	0,494
Facilidade marcar consulta	80	37,91	95	31,77	175	34,31	0,183
Tempo de espera	109	51,65	131	43,81	240	47,05	0,220
Rapidez resolução problemas	116	54,97	127	42,47	243	47,64	0,081
Serviços prestados na Unidade de AB							
Organização geral	120	56,87	159	53,17	279	54,70	0,177
Horário de atendimento	125	59,24	158	52,84	283	55,49	0,584
VD dos ACSs	46	21,80	51	17,05	97	19,01	0,649
VD médicos e enfermeiros	7	3,31	12	4,01	19	3,72	0,96
Pontualidade profissionais	107	50,71	150	50,16	257	50,39	0,370
Avaliação médicos	153	72,51	193	64,54	346	67,84	0,454
Avaliação enfermagem	153	72,51	200	66,88	353	69,21	0,629
Avaliação pessoal administrativo	137	64,92	185	61,87	322	63,13	0,450
Limpeza	151	71,56	200	66,88	351	68,82	0,119

Fonte: Dados do estudo.

Observou-se que houve associação entre as variáveis de satisfação e a auto-percepção dos usuários para as seguintes questões: “interesse do profissional”, “sentir-se à vontade”, “exame físico”, “indicação serviços prevenção”, “explicação exames e tratamento”, “informações sintomas e doença”, “incentivo compreender orientações”. Nesta associação, é possível interpretar que os usuários que têm auto-percepção de saúde “boa” estão mais satisfeitos nestas questões citadas, se comparados aos usuários que têm auto-percepção de saúde “má”.

Na análise entre as variáveis de satisfação e equipes de saúde, pôde-se identificar quais equipes de saúde foram mais bem e mais mal avaliadas pelos usuários em concordância às questões abordadas no instrumento EUROPEP. Não foi possível realizar teste de associação entre essas variáveis uma vez que o número de usuários provenientes de algumas equipes foi muito pequeno, o que corresponde a um baixo poder do teste, inviabilizando assim a análise mais aprofundada destas duas variáveis.

Nesse sentido, na Tabela 7 são apresentadas as unidades de saúde que têm ao menos cinco usuários de proveniência e que apontam maiores percentuais, somando-se as respostas “muito bom” ou “bom”, e “ruim” ou “péssimo”.

Tabela 7: Equipe de Saúde de AB que foram mais bem e mais mal avaliadas pelos usuários, segundo os indicadores de satisfação instrumento EUROPEP, Ribeirão Preto, 2014

Indicadores de Satisfação	Maior índice de resposta “muito bom” ou “bom”			Maior índice de respostas “ruim” ou “péssimo”		
	Equipe	n	%	Equipe	n	%
Relação e comunicação						
Duração da consulta	UBDS V. Virgínia	52	86,7	UBS V. Abranches	5	38,5
Interesse do profissional	UBS Jd P. Dutra	16	88,9	UBS Jd Aeroporto	3	25
Sentir-se à vontade	UBS V. Albertina	12	93,3	UBS Dom Mielle	4	30,8
Sua participação nos cuidados	UBS V. Albertina	12	92,3	UBS Dom Mielle	3	23,1
Segredo	UBDS Sumarezinho	10	100	USF M. Casagrande	1	9,1
Cuidados médicos						
Alívio rápido dos sintomas	UBS V. Albertina	10	76,9	UBS Jd Aeroporto	7	58,3
Melhora desempenho tarefas	USF Jd. Paiva	9	64,3	UBS Pq Rib. Preto	11	26,8
Exame físico	UBDS Sumarezinho	7	77,8	UBS Jd Aeroporto	2	16,7
Indicação serviços prevenção	UBDS Sumarezinho	8	88,9	UBS V. Abranches	2	15,4
Informação e apoio						
Explicação exames e tratamentos	UBS Marincek	10	90,9	UBS Quintino I	5	25
Informações sintomas e doença	UBS V. Albertina	11	84,6	UBS Dom Mielle	4	30,8
Abordagem questões emocionais	UBS José Sampaio	6	75	UBS V. Recreio	3	10
Incentivo compreender orientações	UBS V. Albertina	11	84,6	UBS C. Elíseos	3	10
Continuidade e cooperação						
Conhecimento do profissional sobre usuário	UBS V. Albertina	11	84,6	UBDS C. Branco	7	28,0
Preparação o que esperar especialistas	USF A. Palma	4	80,0	UBDS C. Branco	5	20,0
	CSE Ipiranga					
Organização do serviço						
Apoio pessoal unidade de AB	UBDS C. Branco	23	92,0	UBS Vila Recreio	12	40,0
Facilidade marcar consulta	UBS Jd Paiva	10	71,5	UBS Vila Recreio	19	63,6
Tempo de espera	UBS V. Abranches	9	69,2	UBS Dom Mielle	9	69,3
Rapidez resolução problemas	UBS Jd Aeroporto	8	66,6	UBS Quintino I	12	60,0
Serviços prestados na Unidade de AB						
Organização geral	UBS Vila Tibério	12	80,0	UBS Vila Recreio	13	43,3
Horário de atendimento	UBDS C. Branco	20	80,0	UBS Quintino I	8	40,0
VD dos ACSs	NSF II	3	100	USF M. Casagrande	10	83,3
Pontualidade profissionais	UBS Jd M.Graças	6	75,0	UBDS Sumarezinho	7	70,6
Avaliação médicos	UBS V. Albertina	13	100	UBS Jd Aeroporto	5	25,0
				UBS Quintino I		
Avaliação enfermagem	UBDS Sumarezinho	10	100	UBS Quintino I	5	25,0
Avaliação pessoal administrativo	UBDS C. Branco	21	84,0	UBS Ipiranga	9	40,9
Limpeza	UBS Vila Tibério	15	100	UBS Marincek	4	36,4

Fonte: Dados do estudo.

As unidades de saúde mais bem avaliadas pelos usuários, de acordo com as variáveis de satisfação do instrumento EUROPEP, foram a UBS Vila Albertina do DS Oeste, com maior percentual de usuários que responderam “muito bom” ou “bom” para sete questões, seguida da UBDS Sumarezinho no DS Oeste com percentual de respostas “muito bom” ou “bom” para quatro questões.

Por outro lado, observou-se maior índice de insatisfação da unidade de saúde UBS Quintino I no DS Norte, com maior percentual de usuários que responderam “ruim” ou “péssimo” para cinco questões, seguidas das unidades UBS Vila Recreio e UBS Dom Mielle, localizadas no DS Oeste, com quatro questões.

Na análise bivariada, não houve associação estatística entre o cruzamento da variável equipe de saúde com as variáveis escolaridade, idade e questão sobre atendimento de demanda espontânea, ou seja, as diferentes equipes apresentaram semelhante comportamento na distribuição do nível de instrução, faixa etária e obtenção de consulta na AB, no mesmo dia em que procurou atendimento.

6.2.5 Sugestões e reclamações dos usuários

Durante a aplicação do instrumento EUROPEP, em uma das questões, o usuário era convidado a trazer opiniões e sugestões por meio de uma questão aberta para falar livremente sobre o que poderia ser melhorado no posto de saúde. Dentre os 457 (88,9%) usuários que deram sugestões sobre o que poderia ser melhorado nas unidades de AB, a grande maioria referiu a necessidade de contratação de mais médicos como solução para a demora no agendamento e atendimento de consultas. E o segundo ponto mais sugerido foi mais atenção e acolhimento dos médicos e equipe de enfermagem, durante o atendimento.

Tabela 8: Sugestões e reclamações dos usuários sobre os serviços públicos de saúde de AB, Ribeirão Preto, 2014

Sugestões e reclamações dos usuários	n	%
Precisa de mais médicos/ demora no agendamento/ atendimento	253	49,3
Mais atenção (acolhimento) dos médicos e equipe de enfermagem	86	16,7
Melhor atendimento (acolhimento) da recepção	56	10,9
Melhorar a limpeza	52	10,1
Melhor organização na marcação de consultas (atende demanda espontânea); e na coleta de sangue	47	9,2
Funcionar 24 horas/ funcionar até mais tarde	40	7,8
Melhoria no espaço físico (ventilação, banheiros, assentos, bebedor de água)	27	5,3
Mais remédio na farmácia/ farmácia seguir horário do posto	24	4,7
Aparelhos para exames (densidade tecnológica)	18	3,5
Atender a mais especialidades/demora no encaminhamento de especialidades	18	3,5
Sem sugestões	57	11,0

Fonte: Dados do estudo.

6.3 Dados das Fichas de Atendimento do PA

6.3.1 Características dos atendimentos recebidos no PA

O número de usuários participantes de cada PA seguiu a estratificação definida no método, portanto a quantidade foi semelhante em todos os cinco PAs.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 7: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo o PA em que foi aplicado, Ribeirão Preto, 2014.

Em conformidade com o proposto no método do estudo, os dados obtidos sobre os atendimentos no PA foram extraídos das fichas de atendimento que foram geradas e preenchidas pelos profissionais que atenderam o usuário no dia em que este procurou o serviço e portanto participou do estudo respondendo ao questionário de satisfação (EUROPEP).

Com relação à justificativa da procura, tem-se que a maioria com 28,99% (149) referiu a dor como a principal razão para procurar o PA, seguida de 13,81 % (71) que referiram problemas relacionados ao sistema respiratório, cabeça e pescoço e 10,89% (56) que referiram problemas gastrointestinais.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 8: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo a justificativa para a procura pelo PA em que foi aplicado, Ribeirão Preto, 2014.

No que diz respeito à conduta registrada pelos profissionais médicos, encontrou-se que em 83,3% (410) das fichas de atendimento há registro de conduta, e destas, em 73,8% (330) há registros de prescrição de medicação, seguida de 21,3% (95) de solicitação de exames. Além disso, em 5,8% (26) destes a conduta foi receita médica, 4,9% (22) foram encaminhados para outras especialidades médicas, 2,8% receberam orientações gerais, 2,4% (11) foram, orientados a retornar ao PA caso piorassem, e 1,1% (5) foi orientado a procurar a AB.

*As categorias não são mutuamente excludentes

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 9: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo a conduta dada pelo médico após o atendimento no PA em que foi aplicado, Ribeirão Preto, 2014.

Quando se realizou o cruzamento das variáveis com justificativas para procura no PA, foi identificado que existe associação entre a idade e algumas justificativas. Por exemplo, observou-se que a justificativa por “dor” foi mais frequente entre os idosos, na faixa etária de 60 anos ou mais. Por outro lado, os mais jovens, na faixa etária entre 18 e 39 anos foram os que mais relataram “problemas gastrointestinais”, como justificativa para a procura.

Verificou-se associação estatística da justificativa para a procura quanto ao sexo, em que os homens apresentaram maior percentual para procurar o PA por “trauma” (pvalor = 0,037) e por “problemas dermatológicos” (p valor = 0,046).

No que diz respeito à conduta médica no PA, tem-se que o maior percentual de usuários a terem solicitação de exames está entre os idosos (p valor = 0,020). No entanto, não houve associação estatística entre a variável conduta e as variáveis escolaridade e sexo.

Os resultados encontrados apontam que a média de atendimentos médicos realizados no PA para cada usuário foi de 7 atendimentos/ano e a mediana foi de 5 atendimentos/ano, sendo o número mínimo de 1 atendimento/ano e o máximo de 51 atendimentos/ano com desvio-padrão de 7 atendimentos/ano.

Ademais, 47,8% (263) dos usuários buscaram ao menos seis vezes o PA para atendimento no último ano.

Para calcular a frequência dos atendimentos nos PAs, foi necessário separar os atendimentos de enfermagem e a realização de exames dos atendimentos médicos, considerando que se evidenciou alto índice de registros de procedimentos de enfermagem e de exames aos usuários, e se estes fossem computados junto aos atendimentos médicos, poderia ser causado um viés de aferição, uma vez que, para este estudo, está sendo levantada a problemática da alta demanda de atendimentos nos PAs em razão da impossibilidade de os usuários conseguirem atenção na AB. Portanto o cálculo e a especificação de atendimentos nos PAs foram realizados separadamente.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 10: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP segundo a frequência de atendimento no PA, no período de 26 de março de 2013 a 26 de março de 2014, Ribeirão Preto, 2014.

Identificou-se que vários usuários procuraram atendimento em serviços de saúde especializados, ou para consultar especialistas ou para realização de exames.

Fonte: Dados do estudo.

Gráfico 11: Caracterização dos usuários que responderam ao instrumento EUROPEP, segundo a frequência de atendimento em serviços de saúde especializados, no período de 26 de março de 2013 a 26 de março de 2014, Ribeirão Preto, 2014.

No que diz respeito à frequência de atendimento nos serviços de AB, tem-se que a média de atendimentos/ano foi de 7 e a mediana foi de 5 atendimentos/ano, sendo o número mínimo de 0 atendimento e o número máximo foi de 78 atendimentos, com desvio-padrão de 10 atendimentos/ano.

6.3.2 Cruzamento entre as variáveis do instrumento EUROPEP e os dados das fichas dos atendimentos recebidos no PA - Análise multivariada

Para análise dos resultados, a partir do cruzamento de mais de duas variáveis destinando a avaliação de possíveis concordâncias entre elas, utilizaram-se mapas de correspondência. Os itens mais próximos da variável de interesse (dependentes) são aqueles que têm um maior grau de concordância, enquanto os mais afastados, relacionam-se a um menor grau de concordância (INFANTOSI, COSTA e ALMEIDA, 2014; MANZINI, MARTINEZ & CARVALHO, 2008).

Perc0: autopercepção de saúde boa e Perc1: autopercepção de saúde má

Mapa 1: Avaliação das equipes de saúde segundo faixa etária, escolaridade, auto percepção de saúde, sugestões na AB, Ribeirão Preto, 2014

No mapa 1, observa-se maior proximidade entre as seguintes variáveis: equipe de saúde 21 e Perc0, equipe de saúde 15, 25 e 35 com sat2, equipe de saúde e 18 e 38 com Esc1, equipe de saúde 2, 3 e 33 com sat5, equipe de saúde com 31 e 40 com FxEt0, equipe de saúde 4 e FxEt2, euipe de saúde 4,20 e 24 e Esc0, equipe de saúde 16 e 20 com Sug1, equipe de saúde 16, 34 e 35 com Perc1, entre outros.

Após análise do agrupamento de todas as variáveis dependentes e independentes, observando os dados por meio desses mapas de correspondência, foi possível identificar os seguintes resultados:

Variáveis de satisfação

Identificou-se maior grau de concordância dos usuários que responderam “muito bom” para as variáveis de satisfação: “indicação de serviços de prevenção de doenças”, “abordar questões emocionais” e “preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares quando necessário”.

Ademais, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “bom” para as seguintes variáveis de satisfação: “duração da consulta”, “interesse do profissional nos seus problemas de saúde”, “sentir-se à vontade para contar os seus problemas de saúde ao profissional”, “participação nas decisões do cuidado” e “conhecimento do profissional sobre o usuário”.

Observaram-se também, concordância entre maior percentual de usuários que responderam “regular” para as seguintes variáveis de satisfação: “tempo que esperou ser atendido”, “organização geral dos serviços”, “horário de atendimento do profissional de saúde”, e “pontualidade dos profissionais”. E há maior grau de concordância entre os usuários que responderam “regular” para as variáveis de satisfação “melhora no desempenho de tarefas” e “apoio do pessoal da unidade de AB”. Entretanto, não houve concordância entre os usuários que responderam “ruim” ou “péssimo”, para as variáveis de satisfação.

Em relação à frequência de atendimento médico no PA no último ano, houve concordância de que os usuários que responderam com maior frequência “bom” para as variáveis de satisfação, procuraram por dez vezes o PA para atendimento médico no último ano. No entanto, observaram-se maior grau de concordância de quem respondeu “ruim” procurou nove vezes, e quem respondeu “péssimo” procurou doze vezes. Tem-se ainda, que quem procurou por seis e sete vezes com maior frequência respondeu “regular”. E quem respondeu com maior frequência “muito bom” procurou oito, 13 e 17 vezes.

Tratando-se dos dias de agendamento (entre o dia da marcação e o dia da consulta), há maior concordância entre os usuários que responderam “muito bom” para as variáveis de satisfação e esperaram por apenas sete dias para ser atendido. Para os que responderam mais frequentemente “bom” o tempo entre o agendamento e o atendimento foi de 15 dias e 60 dias. E em maior número que responderam “regular” esperaram por 60 dias o atendimento.

Escolaridade

Há maior concordância das equipes de saúde UBS Adão do Carmo Leonel no DS Sul e UBS Simioni no DS Norte com maior percentual de usuários que cursaram desde o Ensino

Fundamental Completo até Ensino Superior. Observou-se que o maior percentual de usuários que tinham desde o Ensino Fundamental completo responderam “muito bom” ou “bom” para as seguintes variáveis de satisfação: “exame físico”, “explicação sobre exames e tratamento” e “incentivo para compreender orientações”.

Todavia, houve concordância de que maior percentual de usuários que tinham até o Ensino Fundamental incompleto também responderam “muito bom” ou “bom” para a variável de satisfação “indicação de serviços de prevenção de doenças”.

Houve maior grau de concordância entre usuários que estudaram desde o Ensino Fundamental completo e responderam “regular” para as variáveis de satisfação “conhecimento do profissional” sobre o usuário e “organização geral dos serviços”.

Outra maior concordância é que os usuários que estudaram até o Ensino Fundamental incompleto procuraram por onze vezes o atendimento médico no PA no último ano, enquanto não se observou relação de frequência de atendimento nos serviços de urgência e emergência para os usuários mais instruídos.

Faixa etária

Há maior percentual de usuários mais novos (faixa etária entre 18 e 39 anos) nas equipes de saúde USF Maria Casagrande no DS Oeste e UBS Vila Abranches no DS Leste. Para a Equipe UBS Ipiranga no DS Oeste há maior percentual de usuários na faixa etária de 40 a 59 anos e que responderam “não se aplica” às variáveis de satisfação.

Há maior percentual de usuários mais velhos (60 anos ou mais) na Equipe UBDS Vila Virgínia no DS Sul e que responderam “não se aplica” ou “péssimo” às variáveis de satisfação.

Ademais observou-se maior grau de concordância entre os usuários mais novos (18 a 39 anos) que responderam “regular” para a variável de satisfação “apoio do pessoal”. Para as variáveis “informações sobre o que gostaria de saber sobre os sintomas e doença”, “conhecimento do profissional sobre o usuário” identificaram-se concordância que maior percentual de usuários que responderam “regular” para estas questões está na faixa etária entre 18 e 39 anos e entre 40 e 59 anos.

Em relação à frequência de atendimentos médicos no PA no último ano, foi identificada maior grau de concordância dos usuários entre 40 e 59 anos que procuraram somente duas vezes, e para os usuários com 60 anos ou mais que procuraram 13 ou 16 vezes.

Atendimento por demanda espontânea

Para as variáveis de satisfação: “exame físico”, “indicação de serviços de prevenção de doenças”, “explicação sobre os exames e tratamento” e “incentivo para compreender orientações”, houve maior grau de concordância de usuários que responderam “muito bom” ou “bom” para essas variáveis e não foram atendidos no mesmo dia em que procuraram atendimento na AB.

Quanto às variáveis de satisfação: “apoio do pessoal da unidade de AB”, “Organização geral dos serviços”, “avaliação do pessoal administrativo”, bem como as variáveis do indicador-chave Continuidade e cooperação, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “regular” para essas variáveis também não foram atendidos no mesmo dia em que procuraram atendimento na AB.

Contudo para a variável de satisfação “sentir-se à vontade para contar seus problemas ao profissional de saúde”, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “muito bom” ou “bom” para essa questão conseguiram ser atendidos no mesmo dia em que procuraram atendimento na AB.

Equipe de saúde

Observou-se maior grau de concordância entre a equipe UBS Ribeirão Verde DS Norte e a resposta “bom” para as variáveis de satisfação. Em contrapartida, para a equipe USF Estação do Alto, localizada no mesmo DS Oeste, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “ruim” às variáveis de satisfação.

Entre as equipes UBS Dom Mielle no DS Oeste e UBS Quintino I no DS Norte, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “regular” às variáveis de satisfação e têm autopercepção de saúde “ruim”.

Auto-percepção de saúde

Para a variável de satisfação “apoio ao pessoal da unidade de AB”, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “regular” para esta variável, tanto usuários que têm autopercepção de saúde “boa” como os que têm autopercepção de saúde “má”.

Para a variável de satisfação “preparação sobre o que esperar dos especialistas e cuidados hospitalares, quando necessário”, houve maior grau de concordância entre os usuários que responderam “regular” para esta variável e têm percepção de saúde “boa”.

Sugestões

Para as variáveis de satisfação: “duração da consulta”, “interesse do profissional em ouvir os problemas de saúde”, “sentir-se à vontade para contar seus problemas” e “participação nas decisões do cuidado”, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “muito bom” para estas variáveis e que não têm nenhuma sugestão sobre o que precisaria melhorar na unidade de AB onde é atendido.

Observou-se maior grau de concordância dos usuários que responderam “bom” para a variável de satisfação “duração da consulta” e que têm sugestões sobre o que poderia melhorar na unidade de AB onde é atendido.

Além disso, houve maior grau de concordância dos usuários que responderam “regular” para as variáveis de satisfação: “duração da consulta”, “melhora para desempenhar suas tarefas” e “informações sobre o que gostaria de saber dos seus sintomas e doença” e que têm sugestões sobre o que poderia melhorar na unidade de AB onde é atendido”.

No entanto, verificou-se maior grau de concordância dos usuários que não têm sugestões sobre o que poderia melhorar na unidade de AB onde é atendido mas que responderam “regular” para as variáveis de satisfação: “organização geral dos serviços” e “pontualidade dos profissionais”.

Assim como na análise bivariada em que se realizou o cruzamento das equipes de saúde de AB e das variáveis de satisfação, na análise multivariada verificou-se que mesmo agrupando os 45 estabelecimentos de saúde por número de usuários provenientes em que as equipes com menos e mais sujeitos estão no mesmo grupo, não houve concordância de que há equipes de saúde com usuários mais satisfeitos ou menos satisfeitos do que em outras. Ao olhar para os 30 mapas de correspondência (cada um analisando uma variável de satisfação isoladamente), não se identificou correspondência das respostas “ruim” (sat4) ou “péssimo” (sat5) a nenhum grupo de equipes.

Fonte: Dados do estudo.

Mapa 2: Avaliação das equipes de saúde agrupadas segundo a variável de satisfação facilidade em marcar uma consulta na AB, Ribeirão Preto, 2014.

No mapa 2 tem-se o agrupamento das equipes de saúde representado pelos números de cor azul, onde 1 são as equipes que possuem 1 a 5 usuários provenientes, 2 (6 a 10 usuários), 3 (11 a 15 usuários), 4 (16 a 20 usuários), 5 (1 a 25 usuários) e 6 (26 a 30 usuários).

Realizou-se o agrupamento das equipes de saúde segundo o número de usuários de proveniência, uma vez que, ao analisar as variáveis de satisfação levando-se em consideração cada equipe de saúde separadamente não foi verificada associação entre elas. Mesmo assim, após o agrupamento entre as equipes, por meio do mapa de correspondência, foi possível identificar que houve maior grau de concordância que todos os grupos de equipes de saúde responderam “muito bom” (sat1) ou “bom” (sat2) para as variáveis de satisfação.

Ademais, houve menor grau de concordância de respostas “ruim” (sat4), “péssimo” (sat5) ou “não se aplica” (sat6), representada pela cor vinho.

6.4 Falas dos Usuários nas Entrevistas Semiestruturadas

Foram entrevistados seis usuários do DS Sul (PA Vila Virgínia), seis do DS Central (PA da UBDS Central), seis do DS Leste (UPA Treze de Maio), cinco do DS Norte (PA da UBDS Quintino II) e cinco do DS Oeste (PA da UBDS Sumarezinho), totalizando 28 usuários que participaram das entrevistas semiestruturadas.

Destes, 78,57% (22) eram do sexo feminino e 21,42% (6) do sexo masculino. A idade média dos entrevistados foi de 41 anos e mediana de 39 anos, com idade mínima de 22 anos e idade máxima de 79 anos.

No que diz respeito à escolaridade dos entrevistados, tem-se que 39,28% (11) têm até o Ensino Médio completo, 28,57% (8) têm o Ensino Fundamental completo, 25% (7) têm o Ensino Elementar completo e 7,14% (2) usuários têm o Ensino Superior.

Para apresentação dos resultados encontrados nas 28 entrevistas semiestruturadas, fez-se a divisão temática representada por dois temas: 1- Atenção à saúde na AB: potencialidades e fragilidades com os subtemas “Fragilidades na obtenção do cuidado” e “Satisfação com o cuidado como potencialidades da AB”; 2- A organização dos serviços públicos de saúde e suas implicações no processo de trabalho com os subtemas “Longitudinalidade na atenção à saúde”, “A demanda pelo serviço de pronto-atendimento” e “Importância da estrutura como requisito para a satisfação à atenção à saúde”.

A identificação dos entrevistados foi feita pela letra "U" de usuário, seguida pelo número da entrevista, logo após segue o código do PA correspondente onde a entrevista foi realizada, em que PA1-Central, PA2-Sumarezinho, PA3-Vila Virgínia, PA4-UPA Treze de Maio, PA5-QuintinoII.

Tema 1 - Atenção à saúde na AB: potencialidades e fragilidades

SUBTEMA 1: Fragilidades na obtenção do cuidado

A demora no atendimento de consultas na AB foi com frequência relatada pelos usuários como motivo de insatisfação com a atenção básica.

“Acho que demora bastante, tem dia que eu espero duas horas, duas horas e pouco, eu já acho que demora”. (U1-PA1)

“[...] por exemplo você marca a consulta 3 e meia, eu saio daqui sete horas. E não pode ser assim. [...] Eu acho só o horário. Você marca o médico, por exemplo o Dr Z, ele é um bom médico, só que você marca três e meia e sai daí seis horas... ele é um ótimo médico, mas precisa agilizar nas consultas, nas horas que ele trata. Porque uns têm diabetes e precisam ficar mais lá dentro (do consultório). Eu como não tenho, é um caso de exames, uma receita, alguma coisa, acho que não deveria ficar mais de 60 minutos lá dentro”. (U14-PA3)

-

“Olha precisa melhorar primeiro a atenção que não está suficiente, a espera é muito grande, a gente fica muito tempo esperando para ser atendido para consulta.[...] tem vezes que demora porque tem muita gente para atender também. E para agendar é aquela coisa. [...] Até que a pessoa que está atendendo ali quando a gente vai entregar a ficha, fazer alguma coisa, entregar o cartão para ver a ficha da gente, de quando foi marcado, até que eu não posso reclamar muito disso. Só que quando chega na parte médica demora muito. A gente chega a ficar três, quatro horas ou mais para ser atendido”. (U18-PA4)

A questão da demora no agendamento de consultas na AB foi um outro fator negativo sinalizado pela maioria dos usuários entrevistados.

“Vou te dar um exemplo, eu estou com cálculo renal, já faz tempo que eu estou lutando com ele, agora acho que vou ter que fazer outra cirurgia, já fiz uma... eu fiz um exame dia 19 de novembro e eu sempre sinto dor mesmo tomando o remédio e o médico está ciente disso, eu já falei com o Urologista... eu vou ter que esperar até dia 2, 3 de fevereiro para o médico olhar esse exame para saber quando eu vou ter que fazer essa cirurgia. Então no meu modo de pensar quer dizer que se o cara tiver que morrer ele vai morrer por causa disso aí...” (U3-PA1)

“Tem as agentes de saúde que avisam quando chega um encaminhamento, essas coisas. É um posto bom, o que está faltando mais é consulta, porque você não consegue marcar. Eles dividiram agora os atendimentos para a UBS M, mas tem vezes que você vai tentar marcar uma consulta só para outubro [...] Então se você tiver que morrer você morre, porque até você achar um encaixe você já morreu porque é muita gente e não tem condições lá no posto de saúde”. (U5-PA5)

“O atendimento lá (AB) demora o agendamento. Demora três meses para você conseguir agendar uma consulta com o médico. E às vezes você não consegue. Eles falam: _Olha a consulta vai abrir dia tal, você liga daí já não tem mais. Aí você tem que esperar mais três meses para conseguir de novo, entendeu? Acho que teria que melhorar nisso”. (U10-PA4)

“Eu passo na recepção e aí eles vão agendar para daqui 2 ou 3 meses. Por exemplo se eu for agendar hoje (janeiro), eles vão me atender lá pelo mês de abril. E se meu problema for grave eu tenho que agir. Tenho que ser atendida mais rápido porque meu caso não é para esperar 3 meses”. (U11-PA5)

“Muito precário. Muito demorado, 2 meses, dois meses e meio, e dependendo da consulta demora seis meses.” (U12-PA3)

“... é porque demora marcar a consulta. Agora eu marquei rápido porque minha pressão estava subindo muito, mas se for marcar é uns cinco ou seis meses a consulta [...] Eu estava com um mioma, foi mais de um ano para ser tirado. E a médica disse que podia ter virado um câncer. Foi mais de um ano que eu fiquei esperando para operar. [...] Eu acho que tem que ser mais rápido. É muito demorado para marcar as consultas. Meu marido está com um nódulo desse tamanho em cima do pé. Tem mais de um ano que ele passa nos médicos e ainda não foi operado e ele tem que operar”. (U13-PA3)

“É muito difícil conseguir uma consulta, clínico geral ainda acaba sendo um pouco mais fácil, mas ginecologista, se perder demora seis meses ou demora até mais tempo para conseguir. Então eu acho que deveria ter mais médicos para poder ter um atendimento mais rápido, porque às vezes eu faço exame hoje, eu vou conseguir um retorno demorado e se eu perder o retorno só vou conseguir no outro ano, até lá vai saber o que pode acontecer. Eu perdi uma consulta hoje porque eu não pude ir, agora eu preciso esperar abrir a agenda do meu médico pra eu poder passar com ele de novo e não sei quanto tempo demora”. (U16-PA1)

“Mas é aquele problema, se eu chego lá, como no meu caso se eu chego aqui (PA) e eles falassem assim: “_ Agora você vai ser atendido daqui a 30 dias.” Como é que eu

ia fazer? Eu tenho que tomar um remédio para tirar essa tontura. [...] Então o meu caso é esse, porque aqui (PA) eu chego e eles me atendem. E se eles forem me agendar para daqui há trinta dias eu estou perdido [...] é como eu lhe falei, o atendimento não é ruim, só que tem um porém, quando a gente vai lá a vaga para atendimento médico é só daqui há três, quatro meses. Então a gente fica chateado com aquilo ali. [...]" (U18-PA4)

“Muita dificuldade, não tem como. É só com agendamento. E se a gente precisa passar urgentemente, porque a gente não escolhe o dia para ficar doente. Tem que agendar um dia para depois voltar daqui um mês e meio, dois meses. Então como aqui é mais fácil e mais rápido... não tem outra opção”. (U23-PA2)

“Eu acho que tem mais que ter assim... por exemplo, se você vem e já passou dez pacientes (na área programática), você já não tem mais... Então você vai demorar dois meses, três meses (para ser atendida). Então eu acho que eles tinham que melhorar era isso. (U25-PA3)

Ao longo da aplicação do instrumento, observou-se que nas unidades de AB existe a dinâmica de abrir a agenda para marcação de consultas, ou seja, um dia predeterminado para abrir a agenda para especialidades básicas (clínica médica, pediatria e GO), e à medida que os pacientes ficam agendados, vão preenchendo os horários até o momento em que acaba a disponibilidade de datas e horários. Vários usuários demandam atendimento para as especialidades e conhecem essa dinâmica de marcação de consultas. Por isso ficam atentos à data em que a agenda é aberta. Como a demanda é grande, ocorre com frequência a falta de vagas em pouco tempo que se abriu o agendamento e logo muitos pacientes ficam sem conseguir atendimento em conformidade com os relatos.

Por outro lado, mesmo evidenciando a problemática da demora em conseguir um horário na agenda da unidade de saúde, alguns usuários demonstram ter consciência da forma como funciona a organização do atendimento e agendamento de consultas e portanto apontam entender o porquê da demora para atender.

“Às vezes a gente vê pessoas alteradas que querem ser atendidas rápido, que querem agendar logo, mas tudo tem o dia certo lá pra agendamento. Mesmo assim, as moças são carinhosas pra explicar, em falar: _Olha esse mês não tem, mas o mês que vem

pode vir aqui (UBS) em tal horário que a gente agenda pra você. Então eu acho que isso é uma maneira de agradar um paciente [...] Eu não tenho o que me queixar porque sempre eu fui muito bem atendida por todos lá (UBS) sem exceção. Aqui também nesse posto (PA) demora, claro que demora, mas se você tem dor você tem que esperar, os profissionais estão aí pra trabalhar e te atender. Então você tem que esperar sua vez chegar porque tem pessoas que chegam piores que você, então tem que ter um pouco de paciência tanto da sua parte como do médico e as outras pessoas também. (U7-PA2)

“...às vezes você vai e não está aberto o agendamento, aí fica lá no encaixe. Às vezes não está dando para ser atendida porque os médicos têm as cotas deles certa, e é aí onde a gente tem que encaminhar para o pronto-atendimento. Mas eu sou bem atendida, não posso falar mal porque você está me entrevistando, não. Eu sou bem atendida. Demorar, demora é claro, mas sou bem atendida.” (U15-PA2)

Eu acho que a gente sofre de uma falta de esclarecimento muito grande da população entre saber os seus deveres e os seus direitos. Hoje o tempo médio de espera de um convênio particular é de duas a três horas. E a população acha que tem que chegar em um pronto-atendimento ou em uma marcação de consultas e ser atendido naquele mesmo horário. E acaba gerando um transtorno em relação a isso. Eu acho que realmente falta esclarecimento, falta a boa educação e que a reclamação realmente excede ao problema. Nós temos um problema sim de encaminhamentos, de demoras em especialidades, mas dentro do posto de saúde B eu não tenho como paciente, e eu falo por nós porque a minha família utiliza o serviço e não há do que reclamar. (U21-PA4)

“Não é tanto assim a ordem de chegada. Porque em todo lugar que você vai pode ser convênio, em todo lugar você tem espera. A espera de uma hora, uma hora e vinte não é espera dentro de um posto de saúde. Agora as pessoas às vezes chega e quer ser atendida automaticamente e não tem como”. (U24-PA3)

“Ah, eu não tenho nada a reclamar não, sabe por que? Porque eu sou paciente e eu sei que vindo aqui eu vou demorar porque são muita gente, são pessoas que precisam assim como eu, então eu tenho que ter paciência para poder ser atendida. Quando

chegará a hora da minha consulta eu estou com calma, porque se você chega e fica nervosa com a demora, você vai chegar lá (consultório) pior do que você estava. Então eu sou paciente.” (U25-PA3)

Outra questão que se destacou negativamente para o acesso na atenção básica foi o não atendimento à demanda espontânea, e nas situações em que esta ocorreu, os usuários referiram que os próprios profissionais da AB orientaram procurar o PA como resposta à impossibilidade de atender àqueles quando precisaram.

“Eu disse bem eu preciso passar por um médico que eu estou sentindo isso, isso e isso... aí me disseram: “_não foi agendado, tem que agendar...” daí eu disse: _Não tenho que agendar porque estou sentindo isso agora. Ela (profissional AB) disse: _Não posso fazer nada, se a senhora quiser atendimento tem a Doutora L em março (daqui há dois meses). Mas está doendo a cabeça, estou à base de tramal, profenid, diclofenaco ou de dramin. Estou fazendo repouso absoluto e estou aqui mesmo na raça, eu preciso de uma avaliação... daí, ela disse: _ Infelizmente não podemos, a senhora vai ter que voltar lá pra UPA...” (U2-PA4)

“Só se faltar alguém e eles encaixarem a gente. Caso contrário, só com consulta marcada. Senão eu não consigo. Aí a gente procura este posto aqui (PA) porque se for esperar o posto (USF) não dá. E tem outra coisa, está sem médico lá, não tem GO. Então eu vim neste posto para trocar receita porque a única clínica geral que tinha lá (USF) foi embora. E a gente está precisando de clínico geral lá. (U5-PA5)

- “Quando eu vou lá (AB) tem que esperar encaixe, eles têm que ver encaixe, se podem te encaixar pra você passar por um médico, então para isso não acontecer eu prefiro vim mais no PA. Porque aqui eles já fazem sua ficha e na hora já sai, depois passa pela sala você vai falar o que você tem e espera uma hora, o que é uma hora ou duas horas? Eu prefiro mais passar aqui do que no posto”. (U6-PA5)

“Eu passei aqui (PA), porque lá (AB) se eu fosse esperar um encaixe eles iam me encaminhar para o pronto-socorro. Então eu nem esperei mandar, já vim direto. [...] Vim antes. Vim sábado. Tirei o raio X. Deu que estou com pneumonia e então vim hoje para saber como é que está”. (U9-PA1)

“Hoje eu nem fui lá (AB) porque eu não dormi à noite de tanta dor, ferruada, latejando os pés. Aí passou da hora, quer dizer, eu ia pegar um encaixe. Mas do horário que eu sai de casa não dava para pegar um encaixe. Porque às vezes você fica ali esperando um encaixe dos médicos, entendeu? Para ver se vai dar a quantidade de acordo com o que eles têm para atender. Então se não der, eles (profissionais AB) vêm avisar: “_Óh, não deu para atender, a Sra não quer ir para o PA?”. Se eu estou ruim mesmo eu tenho que vir. Mas isso é em todo lugar, você tem que esperar”. (U15-PA2)

“Por mais cedo que você vá, não adianta que eles (profissionais da AB) não te encaixam, eles mandam para o PA. Eles falam: _Ah espera até tal hora, daí você espera e não tem vaga e mandam vir para cá (PA)”. (U16-PA1)

“Porque eles (profissionais da AB) costumam atender só mais consultas agendadas. Quando a gente chega lá (UBS) eles falam que não tem vaga, que o médico já está com o número de pacientes certo, então mandam a gente vir para cá (PA). [...] para ser atendido assim fora do dia agendado eu não consigo, tanto para mim quanto para os meus meninos. Sempre quando eu vou eles falam: “_Ah, a médica já está indo embora, o número de pacientes já está certo.” Aí eles falam para procurar o pronto-atendimento”. (U19-PA5)

“Falam que não tem médico e mandam para cá (PA). [...] Quando eles (profissionais da AB) atendem, eles atendem bem. Mas eles têm uma regra que não pode passar do número de pacientes por dia para eles atenderem. Mas quando eles atendem, eles atendem bem”. (U22-PA2)

“Porque era um encaixe porque eu estava passando muito mal e ela (profissional da UBS) falou que não dava para encaixar após a uma hora da tarde. Aí eu tive que vir para o PA. (U27-PA4)

A humanização do cuidado como requisito para qualidade da atenção à saúde foi trazida nas falas uma vez que os usuários entrevistados destacaram a importância do cuidado humanizado para o atendimento e que quando este não ocorre, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com o profissional e unidade de saúde ficam prejudicados.

“Olha eu tenho uma condição mais ou menos, minha filha me levou, mas eu vi pessoas lá (UBS) chegando a pé, pessoas que estavam precisando e marcados no mesmo dia que eu, estavam voltando em jejum com a urina coletada estavam voltando para casa, sem nenhuma desculpa, pelo menos um pedido de desculpa: _ Olha foi erro nosso não conseguimos e tal... É isso que fizeram pra elas [...] A primeira médica que me atendeu ela não me colocou a mão, não me olhou no rosto [...] na recepção parece que são pessoas não humanizadas, robotizadas... além de feias, mal arrumadas, cara fechada, não dão um sorriso pra ninguém...” (U2-PA4)

“[...] a médica que tinha lá, a Dr. X, quando ela foi embora o povo até chorou. Era uma excelente médica. Não era daquelas médicas mal-educadas, era uma médica ótima e fazia de tudo para gente. Teria que ter outra médica asssim, não esses médicos mal criados que você chega lá e ficam xingando a gente. Teria que ser um médico mais educado, um médico da família mesmo” (U5-PA5)

“Eu não tenho nada que reclamar dos médicos daqui (PA), alguns atendem até bem lá no posto. Mas os outros não atendem, não atendem o paciente melhor, sempre atendem, mas nem olham pra cara do paciente e já estão escrevendo a receita [...] eles não atendem o paciente com cautela, com educação, eles atendem mais por atender...” (U6-PA5)

“A triagem (o pessoal da enfermagem) às vezes está conversando. Não aconteceu comigo mas eu vi acontecer com outras pessoas lá (AB). A triagem às vezes está conversando com outra pessoa da novela de ontem e a pessoa esperando na porta para passar pela triagem para passar pelo médico. Às vezes o médico não tem a demora, mas a triagem tem.[...] Então o que eu acho que tem que melhorar é a triagem. O que deixa a desejar lá é a triagem. Eu vi acontecer isso várias vezes que eu estive lá (UBS)”. (U20-PA5)

“O médico (na AB) nem mexe na pessoa, pergunta o que você tem e o que não tem, fala que vai fazer tratamento aí vai enrolando e não faz tratamento nada, aí vai indo. [...]o clínico que eu fui, entrei ele olhou pra minha mão falou que ia me encaminhar e só, pronto. Nem olhou e procurou pra ver o que era”. (U26-PA1)

Outra fragilidade na atenção à saúde na AB na opinião dos usuários foi a existência de baixa densidade tecnológica na prestação do cuidado, e assim apontando mais um motivo de insatisfação com os atendimentos.

A densidade tecnológica é entendida neste estudo como os exames e equipamentos médicos utilizados para fins diagnósticos, bem como a prescrição de medicações para tratamento de doenças e/ou sintomas referidos.

“Eu nunca tive problema de saúde nenhum, eu estou usando ele (posto de saúde) agora porque eu estou grávida, eu nunca tive problema na minha gravidez antes, não sei te dizer se o atendimento é bom ou não. Agora na minha gestação é muito bom, eu nunca fiquei esperando, sempre fui atendida, foram atenciosos comigo, só a única coisa que eu acho ruim lá são os pedidos de ultrassom que já estou com 27 semanas e um dia e só me pediram um ultrassom com dois meses e pouco e agora como é que eu vou saber se o meu bebê está bem?, como é que eu vou saber se eu estou com o líquido normal?”. (U8-PA2)

“Os médicos não pedem o exame que você quer, não te encaminham para o lugar certo que você está precisando mesmo. Então ultimamente eu estou pagando particular minhas consultas [...] Eu acho que lá (UBS) deveria ter mais exames, fazer tudo lá mesmo, não encaminhar a gente para fora, fazer tudo por lá mesmo”. (U9-PA1)

“Muito bom. Todas as vezes que precisei de encaminhamento sempre me encaminharam. Exames todos eles sempre me pediram. Eu não tenho que me queixar de nada”. (U10-PA4)

“[...] sempre fui bem atendido, bem medicado, sempre tive muita atenção. Eu particularmente não tenho o que reclamar do posto [...] eu sempre fui bem atendido, medicado, saí com o medicamento, até medicamento para prevenção que eu passei uma vez pelo médico e ele disse para mim assim: “_Olha você vai levar um anti-alérgico caso te der uma nova crise. Então hoje você tomou uma injeção aqui, mas você vai tomar um medicamento em casa”. Então eu saí daqui do pronto atendimento e do posto N com os medicamentos necessários para aquele momento e já com medicamento para prevenção futura. Então eu estou satisfeito com os atendimentos que eu tenho recebido, tanto aqui no pronto-atendimento como no posto”. (U20-PA5)

Um último fator e não menos importante trazido como fragilidade na obtenção do cuidado na AB foi a ausência do exame físico durante o atendimento médico.

“Eu sei que não é fácil, é muita gente, mas às vezes sei lá, o tempo, às vezes chega numa situação que muitas vezes a gente é atendido mas não tem muitas vezes uma resposta, uma solução porque aquele profissional não procura fazer uma análise, examinar direitinho. Só fazem uma pergunta e passam logo a receita. Então o atendimento precisa ser melhorado em muita coisa”. (U18-PA4)

“Para atender melhor deveriam saber o que está acontecendo com a pessoa, investigar a pessoa de cima para baixo, ver o que a pessoa tem e o que não tem e é o que eles (profissionais AB) não fazem”. (U26-PA1)

SUBTEMA 2: Satisfação com o cuidado como potencialidades da AB

Contrapondo as falas que evidenciaram fragilidades na AB, houve exemplos de depoimentos de alguns usuários, demonstrando satisfação com o atendimento recebido, com o acolhimento durante toda a permanência na unidade de saúde, com a abertura para o diálogo e com a atenção dispensada pelos profissionais de saúde na atenção básica.

“Eu chego no posto de saúde, as enfermeiras e os médicos dão atenção, são educados, falam bom dia, boa tarde. [...] só da gente chegar no posto de saúde o médico e a enfermeira darem atenção e tratar o paciente com cortesia e não ser mal-educado já é uma coisa que.. e orientar bem o que tem que fazer”. (U3-PA1)

“Ótimo, cada vez mais eu fico surpresa, além deles atenderem bem os pacientes eles se tornam amigos dos pacientes, eles já até conhecem os pacientes que vão, são agendados pelos médicos, são pessoas que além de trabalharem ali são amigos. [...] Porque eles te dão toda liberdade de você falar o que você tem, o que você sente, se você tiver vontade de chorar perto deles você chora, eles conversam muito com o paciente, se você tiver um problema muito sério na sua casa e você quer desabafar eles te ouvem e te aconselham conselhos bons, então tudo isso eu acho que é válido em um atendimento médico, além de ser um médico pra você ele pode ser um confidente, passa a ser um amigo mesmo que você tem liberdade de falar o que você sente... (U7-PA2)

“Tratam bem é a atenção. Você pergunta se pode, pode. Se não pode eles te falam, não deixam você marcando e ficar esperando lá. Dá uma solução do que você está perguntando, do que você está precisando”. (U14-PA3)

“Olha os dois médicos que eu consulto são muito bons, eles examinam, eles conversam, eles realmente entendem o paciente, eles procuram saber o que aconteceu uns dias antes da consulta pra saber se tem alguma coisa a ver...” (U16-PA1)

“Ah, pelas pessoas, as enfermeiras, elas conversam com as pessoas, os médicos também. Não são aqueles médicos que você entra na sala e só te olham. Eles conversam, sabe? O diálogo é bom”. (U19-PA5)

Lá (AB) é maravilhoso, nossa, ele (médico) te ouve, ele vai anotando, ele... tudo que você fala ele dá a máxima atenção. Nossa, ele examina mesmo. Os que são agendados é tudo direitinho. Pelo menos o meu que é o Dr. Q., ele é um médico maravilhoso. [...] Então, ele atende, te passa a medicação, manda para laboratório, que é a necessidade que tem o paciente”. (U24-PA3)

“Porque se você vem aqui você está com um problema de saúde. Você está triste, você está chateada. Então eles vêm com conversas boas, alegres. O Dr. Z brinca. A Dra. Y vem sempre sorrindo. Então são pessoas que a gente tem confiança em falar. Eles dão atenção. Eles vão ficando esperando você falar e depois só escreve no papel. Eles conversam, perguntam. Então para gente que é mais idosa, para nós é importante”. (U25-PA3)

Na percepção de muitos usuários foi observada a consciência de que o PA presta atendimento pontual e não resolutivo aos problemas de saúde.

“Aqui (PA) já não são muito bons não, eles nem colocam a mão na gente e já anota o que você tem que tomar e manda você embora. Lá (AB) eles te examinam, vê certo o que você tem, eu acho melhor ir lá do que aqui. [...] Lá (AB) já é marcado, fazem um check-up de tudo, examina. Aqui (PA) não, só passam remédio, não pedem exames, você vai embora e continua ruim do mesmo jeito”. (U1-PA3)

- “No PA eles não olham para você. É como eu te falei, não examinam, não procuram saber qual é o problema que o paciente tem, né? Eu não procuro vir em situações graves mas o que eu vejo do atendimento das outras pessoas é muito péssimo [...] É muito rápido e sem muito detalhe no atendimento. Por exemplo eles perguntam: _ O que você tem? Ah, por exemplo eu estou com um problema, dor de barriga. _Ah então você toma esse remédio, está bom, pronto e tchau. Eles não perguntam os motivos, os detalhes, se é uma coisa que você comeu que deu a dor de barriga, não tem esse tipo de atenção [...]“[...]”. (U12-PA3)

“O médico do pronto-atendimento, ele é só pronto-atendimento. Ele só resolve o seu problema ali. Agora se precisar além, eu acho que vai ter complicação. Eu nunca fui, eu nunca precisei. Hoje é a primeira vez. L[...] O médico do pronto-atendimento deveria atender e resolver. Porque dá a entender que não resolve. Mas lá na consulta (AB) resolve”. (U24-PA3)

A figura do médico na unidade de saúde esteve relacionada também à satisfação com o atendimento na AB devido à agilidade para conseguir marcar consulta.

“Porque está faltando atendimento de clínica médica no posto de saúde de lá (USF). Aí eu vim para trocar a receita da Dra. X, mas ela não trabalha mais lá (USF) foi para o RJ e até hoje eles não mandaram outro clínico para nós lá, então está em falta. E se você vai procurar o posto do M eles não aceitam, não tem clínico geral lá. Só estão aceitando atendimento de pediatra e ginecologista. E eu vim para o PA para atendimento de clínico geral, vamos ver se eu consigo.[...] Olha, não sei... precisa de médico, você ter não só um clínico geral, precisa de pelo menos dois porque é muita gente. [...] Então o que eu falei que poderia melhorar é se tivesse mais médicos lá pra gente, porque é muita gente e a gente necessita de mais médicos, mais pediatras, mais ginecologistas, pelos menos uns dois ginecologistas, uns dois pediatras, um clínico”. (U5-PA5)

“É porque às vezes você vai lá não tem um pediatria. Não tem médica de pediatria. Então está em geral essa falta de médicos. O que a gente está precisando é de um médico a mais”. (U15-PA2)

“Eles chegam tarde e vão embora cedo, sempre estão de férias e tem um número menor de pacientes, eu sei porque eu escuto os comentários, e aí sobrecarrega os outros médicos que estão lá pra atender a gente que são os bons médicos, e aí a gente é obrigado a sair de lá e correr pra cá (PA) ou se não para o PA S e aí passa um dia inteiro e às vezes tem uma pessoa mais grave porque é um posto Central, eu acho que o médico tem que ficar mais tempo no posto e não de férias e quando ele chegasse no posto ele ficar um período maior, porque o posto lá já é pequeno, não tem tantas salas e os médicos eles ficam lá e ficam pouco, o que atende na parte da manhã não, ele atende e conversa com o paciente, deixa o paciente à vontade, já o que o vem depois dele ele entra na sala, sai da sala, atende rápido, você senta e levanta e eles nem sabem direito o que você tem”. (U16-PA1)

“Mais médicos né? É a solução mais médicos, enfermeiras [...] Para solucionar tudo. Todo mundo ficar contente às vezes na hora que mais precisar, né? Não precisar voltar depois um mês, semanas, em uma situação que você está doente naquele momento. Você não escolheu para ficar doente daqui um mês. (U23-PA2)

A resolução de problemas foi sinônimo de satisfação com o cuidado na AB.

“Eu acho que tem que resolver os meus problemas, achava que teria que ter o atendimento que a pessoa merece, se você está precisando teria que fazer logo o exame de sangue, teria que fazer o toque, teria que resolver nossos problemas.” (U8-PA2)

“Olha de todos os atendimento que eu tive lá eu fiquei muito satisfeita, eu vou ser muito grata para o resto da minha vida. Meu marido fez um ano e pouco de tratamento com o Dr. K lá (UBS). E ele achando que era problema do fígado, sei lá, ele estava tomando remédio [...] no dia seguinte, sem ter hora marcada, sem ser agendado era uma hora da tarde viram qual era o problema dele lá no postinho (UBS) e foi quando encaminharam a gente lá no posto R, foi quando o câncer foi descoberto. Então eu sou muito grata por aquele posto (UBS) foi muito grata por essa doutora”. (U11-PA5)

“(Estar satisfeito) É quando eles me dão o remédio, é quando eles me atendem e eu saio dali e vejo melhora da minha saúde, entende como é o negócio? Porque às vezes eles falam assim: “_Tem remédio (na prescrição) que aqui nós não temos. Você tem que comprar”. E eu não tenho como comprar. Eu recebo um salário mínimo de aposentadoria. (U17-PA4)

“É o seguinte, porque às vezes, tem caso que a gente vai para, é uma coisa assim rápida. Eu sei que lá não é pronto-atendimento, um atendimento rápido assim como é a UPA. Mas é um atendimento que você vai lá (UBS) e espera ser resolvido e ter a solução do seu problema ser resolvido”. (U18-PA4)

“(Satisfeito é) saber a resolução da minha dor. (Risos) To há quase um mês com essa dor e eu não consigo passar com quem eu tenho para passar e encaixar para me afastar”. (U23-PA2)

“(Satisfeito é) resolver o seu problema. Se é exames, se é encaminhamento. Eu acho que para uma pessoa sair insatisfeita não é a demora, porque em todo lugar todo mundo tem a ordem de chegada. Eu acredito que é resolver aquilo que você está passando”. (U24-PA3)

Tema 2 – A organização dos serviços públicos de saúde e suas implicações no processo de trabalho

SUBTEMA 1: Longitudinalidade na atenção à saúde

Os usuários indicaram reconhecer que quando os mesmos profissionais atendem, obtêm maior qualidade com o cuidado na APS

“Parece que os médicos de lá são diferentes, aqui (PA) os médicos são mais plantão, lá (AB) já é médico que está há mais tempo, eles atendem a gente certo”. (U1-PA3)

“Desde a recepção porque não tem muita rotatividade... E o interesse de quando você frequenta um consultório seja ele público ou particular é que você seja reconhecido pelas pessoas que estão ali te atendendo. E como não muda, não tem uma rotatividade grande, são as mesmas pessoas que te atendem sempre. Então elas acabam te conhecendo pelo nome. Então são os mesmo enfermeiros, eles estão sempre ali, são os mesmos atendentes e isso facilita porque quando você cria um relacionamento tudo é minimizado, a dor, a espera...” (U 21-PA4)

“Eu acho que eles são bons, tanto o pessoal da área da enfermagem que já estão lá há bastante tempo e a gente acaba se conhecendo, não tenho o que reclamar não, são bons profissionais”. (U28-PA1)

Houve apontamentos de insatisfação referentes à demora no encaminhamento de especialidades.

“Uma coisa que eu queria falar que as especialidades, por exemplo de Urologia eles demoram muito, deviam ser mais rápido, deveria ser um pouco mais ágil”. (U3-PA1)

“Bom, poderia melhorar para marcar as consultas logo. Igual meu marido que precisou operar e ninguém marcou nada. Mandamos o encaminhamento e está até hoje, isso faz mais de seis meses e nada”. (U13-PA3)

“Eu acho super tranquilo. O posto é um modelo de atendimento. Não tenho nenhuma reclamação inclusive da rapidez em marcar as consultas. A única dificuldade que eu sinto é em relação aos encaminhamentos. Quando você precisa sair de uma especialidade que ali não tem. [...] Eu acho justamente a questão da agilidade aí eu acho que é mais que é com a secretaria do que da parte burocrática do posto, é agilizar os encaminhamentos porque é aí que a gente acaba ficando insatisfeito. Quando você vai procurar uma segunda especialidade que não tem no posto, você acaba tendo que esperar muito por essa especialidade”. (U21-PA4)

SUBTEMA 2: A demanda pelo serviço de pronto-atendimento

Dentre as justificativas apresentadas pelos usuários para a frequente procura aos serviços de prontidão, a questão do horário de trabalho do usuário coincidir com o horário de funcionamento da AB causou inconveniência para os usuários procurarem o nível primário de atenção.

“... eu estou vindo aqui (PA) porque estou trabalhando não posso faltar do serviço.”
(U3-PA1)

“Eu trabalho e meu horário para vir era essa hora (fim de tarde). E às vezes é minha patroa que me traz, senão eu chego mais tarde porque eu venho de ônibus. Então é difícil.”. (U25-PA3)

“Porque eu vim no trabalho então não tem como eu ir pra casa, então eu vim direto pra cá (PA). Aqui é mais perto do meu trabalho?” (U28-PA1)

O acesso geográfico foi outra justificativa citada por alguns usuários para a procura pelo PA, indicando que este era mais próximo do seu local de trabalho.

“Porque fica perto da minha casa, eu moro perto da Rua G, então fica perto pra descer todos os dias, às vezes eu meço a pressão todos os dias, a diabetes às vezes eu meço toda semana então pra mim ali é mais fácil. Eu venho aqui em caso de emergência mesmo como eu vim hoje”. (U7-PA2)

“Hoje não (tentei procurar UBS) porque eu estava trabalhando aqui perto aí eu já vim aqui (PA)”. (U13-PA3)

“Antes era mais difícil. Agora, como estou morando mais próximo, não tenho muita dificuldade para ir (na UBS)”. (U18-PA4)

“Porque eu vim no trabalho então não tem como eu ir pra casa, então eu já vim direto pra cá (PA)”. (U28-PA1)

Inúmeros foram os motivos dos usuários para procura pelo PA, entre eles, o retorno para buscar resultado de exames que foram colhidos e necessidades de saúde cujo atendimento não podia ser adiado, na opinião dos usuários.

“Hoje porque, eu sempre venho aqui, hoje eu vim mais porque faz praticamente quatro dias que eu estou com dor no estômago, esses quatro dias trabalhei péssima, com o rosto pálido, os clientes perguntavam se eu estava bem, se eu estava precisando de alguma coisa, então eu já não estava aguentando mesmo, estava precisando mesmo, não estava aguentando, eu forço a barriga quando eu estou sentada assim vem aquela dor leve, mas quando vem daquele jeito.. aí eu falei não tem como eu preciso de um

médico, eu já conversei com meu patrão.. estou indo embora não estou aguentando, não estou legal....”(U6-PA5)

“Hoje faz dois dias que eu estou com dor no ombro e no braço como eu tenho hipertensão fiquei até com receio de me dar alguma coisa, um infarto essas coisas, porque eu já tive a pressão muito alta, chegou a 200X100 mmHg, então vim aqui (PA). Eu falei para o meu esposo me trazer, mas a pressão está boa, a moça mediu”. (U7-PA2)

“Eu procuro a UPA. Vou direto na UPA porque o posto do meu bairro não atende 24 horas. Ele não atende de emergência, só consulta agendada”. (U10-PA4)

“Eu estou com conjuntivite. Estou com o olho ardendo muito que não estou conseguindo abrir o olho direito”. (U12-PA3)

“Uma dor do lado, não sei se é rim, o que que é. E fiz um ultrassom também. Deu banha no fígado, e agora estou sentindo muita dor do lado aí eu vim porque estou fazendo muito xixi e está queimando. Não sei se é rim ou alguma infecção. [...] tem que passar pelo plantonista primeiro. Aí o plantonista vai ver o que é para depois encaminhar para o especialista do posto. Porque eu já trato lá (AB) que é com a Dra Y, só que a agenda dela ainda não está aberta (para atendimento)”. (U14-PA3)

“Eu precisei fazer uma reavaliação porque eu estou com anemia, então eu vim (PA) ontem e hoje eu voltei pra ver o resultado do exame, mas eu estou me sentindo um pouco cansada por causa da anemia”. (U16-PA1)

“Para ser sincero eu sempre ia lá (UBS) mesmo porque já tem uns dez anos ou mais que eu moro ali. Só que o atendimento não é tão bom, não é bom mesmo. Foi quando eu passei a vir na unidade F (UBDS). Depois a unidade F pegou para fazer só agendado, e então a gente que precisa como no meu caso, a gente vem aqui na UPA. Porque além do atendimento aqui ser bom, eles atendem a gente na hora, no dia em que a gente vai”. (U17-PA4)

“Eu estou com uma tosse, às vezes está me dando crise de tosse seca, o peito cheio, dor nas costas, e eu sou metalúrgico, sou soldador e eu estava trabalhando e aí o supervisor da empresa, o encarregado disse que era para mim ir para casa porque eu estava piorando. Então esse é o motivo de hoje eu estar vindo aqui na emergência”. (U20-PA5)

“Porque eu estou com uma dor renal e lá (UBDS) não tem o atendimento emergencial, somente a consulta. Se eu passasse por lá seria atendido por um clínico, porque teria que agendar uma consulta e depois ele me encaminharia para um uro, e aí demoraria o atendimento. Como eu estou com dor no rim eu já vim direto aqui”. (U21-PA4)

“Eu estou com uma hemorragia interna. Então eu vim buscar um encaminhamento para ir para o hospital. [...] Eu já vim mesmo com essa finalidade. Vim tirar sangue, pegar as medicações e já passar por esse médico. [...]Eu acho que não tem assim, eu acho que passando por este daqui (PA), a não ser que tenha uma outra burocracia que eu não sei. Agora se tiver eu vou chegar aqui às quatro horas da tarde e já pedir para falar com ele (médico da AB), porque é um encaminhamento que ele vai ter que dar, porque hemorragia não dá para esperar”. (U24-PA3)

“É que eu estava com muita dor no estômago, diarreia, estava com febre, eu fui lá (UBS) e eles não quiseram atender na quarta-feira, vim aqui na quinta, fiz exames e hoje eu estou vindo para ver o resultado do exame”. (U27-PA4)

SUBTEMA 3: Importância da estrutura como requisito para a satisfação à atenção à saúde

A ausência na organização, durante a coleta de exames, foi influenciada na satisfação sobre o serviço de saúde de referência.

“[...]o exame pediram pra hoje e cheguei lá pra ser coletado o exame não foi coletado porque marcaram em data errada, estava em jejum colhi a urina mas não foi colhetado o exame de sangue”. (U2-PA4)

“[...] o que eu posso falar é o seguinte, que ali no banco de sangue, na retirada, deveria colocar um painel porque a gente não ouve o que falam. É muito desorganizado na coleta de sangue. Deveria ter um painel porque pelo número de senha você sabe o número que você chegou. Ali não. Ali eles te dão uma senha e você fica procurando quem é quem. Ali é ruim, ali está faltando organização.” (U25-PA3)

A importância da limpeza, indicando má avaliação da estrutura física, interferiu na satisfação do usuário com o serviço de AB.

“Olha, talvez eu seja muito crítica, mas a sujeira, as pessoas que limpam, a cor da botina delas dá nojo de ver”, (U2-PA4)

“A primeira coisa que nós estamos precisando em um posto de saúde é o acolhimento que na realidade não são todos os lugares que encontramos. A primeira coisa você chegar e ter um lugar preparado pra você, começar pelas cadeiras você sentar, porque você doente e ficar em pé não dá certo e depois também um ar condicionado pra você ficar à vontade, uma água fresca pra você tomar é isso que eu vejo pra ter um bom atendimento, começa por aí”.(U4-PA1)

“...ter mais higiene no posto porque lá isso não tem, é um lugar que você entra e se sente mal, você não sabe se tem uma pessoa que tem uma doença.. não tem uma limpeza, eu não me sinto bem naquele posto eu me sinto melhor aqui (PA), porque aqui é tudo organizado, tudo limpo você não tem problema de pegar nenhuma bactéria nem nada...” (U6-PA5)

7 DISCUSSÃO

A discussão será apresentada em três seções sendo: 1- análise comparativa dos resultados com outros estudos onde o EUROPEP foi aplicado, 2 - Atenção à saúde na APS: potencialidades e fragilidades e 3 - A organização dos serviços públicos de saúde e suas implicações no processo de trabalho

7.1 Análise comparativa dos resultados com os estudos onde foi aplicado o instrumento EUROPEP

Nos estudos de Brandão, Giovanella e Campos (2013), Grol et al. (1999) e Ferreira e Antunes (2009) que aplicaram o instrumento EUROPEP, houve predominância do sexo feminino na amostra de usuários participantes. Para o presente estudo este dado é congruente, mas justifica-se pelo fato de que as mulheres atenderam com maior frequência aos critérios de inclusão, que eram terem sido anteriormente atendida na atenção básica até seis meses antes do período de coleta de dados para serem capazes de julgar sobre o atendimento recebido.

A média entre as idades dos usuários (43 anos) foi maior que no estudo de Brandão, Giovanella e Campos (2013) (40 anos), mas foi menor que todos os outros países europeus onde o EUROPEP foi aplicado, sendo igualitária apenas na Espanha, onde a média também foi de 43 anos (WENSING et al., 2002).

Tanto no presente estudo como no estudo realizado em Mangueiras-RJ houve semelhança em relação ao grau de instrução, sendo a maioria composta por usuários que não completaram o Ensino Fundamental, caracterizando a baixa escolaridade em ambos estudos (BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013). No estudo realizado em Portugal, a maioria dos usuários também estudou somente até o ensino básico (62%), no entanto há maior percentual de usuários com ensino superior (15%) (FERREIRA e ANTUNES, 2009)

Quanto à presença de doença crônica autorreferida mais citada foi a hipertensão arterial. Países como Dinamarca, Israel, Reino Unido e Suíça obtiveram este resultado. Entretanto, na Alemanha, Holanda e Noruega a doença crônica autorreferida mais citada foi referente ao aparelho locomotor, enquanto em Portugal foram as enxaquecas crônicas (GROL et al, 1999)

No que tange aos indicadores-chaves de satisfação, têm-se na Tabela 9 a comparação entre os estudos em que foi possível detectar os índices de satisfação.

Tabela 9: Comparação de resultados dos indicadores-chaves entre estudo EUROPEP em Portugal, Manguinhos-RJ e o presente estudo.

Indicadores-chave	Portugal (%)	Manguinhos-RJ (%)	Ribeirão Preto-SP (%)
Relação e comunicação	76,5	88,9	69,9
Cuidados médicos	74,5	79,5	72,8
Informação e apoio	73,1	82,2	69,2
Continuidade e cooperação	72,2	61,1	65,3
Organização dos serviços	69,2	60,4	38,5
Índice global de satisfação	73,2	76,6	57,0

Fonte: Brandão (2011) e dados do estudo.

Ao serem comparadas as classificações dos indicadores-chaves entre o estudo de Portugal, da comunidade de Manguinhos-RJ realizado por Brandão (2011) e o presente estudo, de modo geral tem-se que este estudo apresenta os menores índices de satisfação. Embora na avaliação do Indicador Continuidade e Cooperação o presente estudo apresenta maior percentual de usuários satisfeitos que o estudo de Brandão (2011).

Como no estudo de Brandão (2011), neste estudo a variável de satisfação mais mal avaliada foi referente à facilidade em marcar consultas, sendo que da amostra estudada no centro de saúde da comunidade de Manguinhos-RJ, 47,4% dos atendimentos foram de demanda espontânea, contrapondo à pequena parcela dos usuários participantes do presente estudo que referiram terem sido atendidos no mesmo dia em que procuraram o serviços de AB (12,7%). Além disto, mais que o dobro de percentual de usuários estavam com a consulta agendada desde a consulta anterior no estudo em Manguinhos-RJ e eles esperaram por menos dias entre o dia da marcação e o dia da consulta.

Em oposição a esses achados, em países como a Alemanha, Suíça e Bélgica obteve-se avaliação positiva quanto à facilidade em marcar consultas (GROL et al., 2000).

As visitas domiciliares realizadas pelos médicos são bem menos frequentes no presente estudo (98,4%), comparando-se a 76,8% de usuários que nunca receberam visita na comunidade de Manguinhos-RJ (BRANDÃO, 2011).

Por outro lado, observou-se congruência em ambos estudos no que diz respeito ao indicador chave de satisfação Relação e comunicação como o mais bem avaliado. Apesar, de ter sido observado que as variáveis de satisfação mais bem avaliadas deste indicador-chave para o presente estudo serem a “duração da consulta” e o “segredo e sigilo durante a

consulta”. E no estudo realizado em Manguinhos-RJ, as variáveis: “interesse do profissional” e “sentir-se à vontade com o profissional de saúde” tiveram maior número de respostas positivas (BRANDÃO, 2011).

Em contrapartida, países como Noruega e Dinamarca tiveram avaliações negativas para a duração das consultas. As avaliações dos usuários na Alemanha, Suíça e Bélgica, países onde há livre acesso aos especialistas e ao cuidado hospitalar, foram similares, porém muito diferentes das avaliações dos usuários da Escandinávia, Holanda, Reino Unido e Eslovênia. Sendo que estes dois últimos países possuem um sistema nacional de saúde centralizado (GROL et al., 2000).

Na relação das características sociodemográficas dos usuários com a satisfação com a AB, considerando as variáveis de satisfação, nos estudos de Brandão (2011), Ferreira (2009), e Grol et al. (2000), observou-se que os usuários mais novos estão menos satisfeitos e que os mais idosos estão mais satisfeitos.

Ademais, quanto à escolaridade, os mais instruídos estão menos satisfeitos e os menos instruídos estão mais satisfeitos, em conformidade com Brandão, Giovanella e Campos (2013). Este dado contrapõe estudo avaliativo transversal que analisou os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde e Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica, em que usuários com baixa escolaridade mostraram-se mais insatisfeitos (GOUVEIA et al., 2009).

Vale ressaltar, conforme relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que os efeitos do nível de instrução são evidenciados na forma de percepção dos problemas de saúde, além da capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e na utilização dos serviços de saúde bem como na adesão aos procedimentos terapêuticos (CNDSS, 2008).

O referido relatório ainda aponta que a clientela usuária do SUS é constituída, predominantemente, pela parcela da população de menor renda e baixa escolaridade, e ainda que possuir maior escolaridade está associado à condição protetora para diversas comorbidades e adversidades associadas (CNDSS, 2008).

Nessa perspectiva, analisando com maior rigor a relação que se estabelece entre o grau de escolaridade e a satisfação do usuário, é válida a compreensão de que os usuários menos instruídos podem emitir juízo de valor mais limitado sobre um determinado serviço de saúde considerando que possuem além de menor conhecimento sobre seus direitos e deveres, menores condições de manter boa qualidade de vida e conseqüentemente podem tornar-se menos críticos à oferta de serviços de saúde.

Contudo, não se observou relação entre a escolaridade e a frequência ao PA. Logo, tanto os mais instruídos quanto os menos instruídos procuraram com a mesma frequência os serviços de urgência e emergência.

Diferentemente do estudo de Brandão (2011) em que não foi observada associação entre as variáveis de satisfação e a autopercepção de saúde dos usuários, neste estudo identificou-se que para as questões: “interesse do profissional”, “sentir-se à vontade”, “exame físico”, “indicação de serviços de prevenção”, “explicação sobre exames e tratamentos”, “informações sobre sintomas e doença” e “incentivo para compreender importância de seguir orientações”, os usuários que percebem sua saúde como “boa” estão mais satisfeitos que os usuários que têm autopercepção de saúde “má”.

Danielsen et al. (2010) estudaram a associação entre fatores demográficos e a satisfação dos usuários na Noruega e encontraram resultado semelhante em que a idade e o *status* de saúde interferem na satisfação.

No que diz respeito às sugestões e reclamações, como se trata de uma questão aberta, o agrupamento de temas é divergente entre os estudos, uma vez que, foram realizados conforme os assuntos surgiram nas respostas dos usuários. Mesmo assim, é possível verificar que muitos problemas apontados pelos usuários são semelhantes como a contratação de mais médicos, ampliação do horário de atendimento nas unidades de AB, necessidade de melhorar o acesso às consultas e o tempo de espera para conseguir uma consulta, mais atenção dos profissionais que atendem e melhorar a limpeza da unidade de AB (BRANDÃO, 2011; FERREIRA, 2009).

As variáveis de satisfação mais mal avaliadas neste estudo estão relacionadas à facilidade em marcar uma consulta seguida pela rapidez na resolução dos problemas, e do tempo de espera para ser atendido na AB, sendo este último achado congruente ao estudo de Brandão (2011). Em oposição ao mesmo estudo, que também teve entre as piores avaliações as indicações sobre serviços preventivos oferecidos, no presente estudo têm-se como mal avaliado pelos usuários a rapidez na resolução de problemas.

Nesse sentido, pode-se inferir a importância que os usuários dos serviços de AB de Ribeirão Preto-SP dão para a resolutividade das ações de saúde e indicam, por conseguinte, satisfação com o cuidado prestado quando a obtêm.

Destaca-se que existem algumas semelhanças entre os achados quando são comparados com os outros estudos onde o instrumento EUROPEP foi aplicado. Embora se trata de países com sistema de saúde muito divergentes, no que concerne à acessibilidade e organização da oferta de serviços, as similaridades elucidadas entre os resultados reafirmam o

referencial teórico abordado no presente estudo, em que fragilidades de obtenção à assistência à saúde por obstáculos no acesso ou acolhimento dos profissionais, constituem-se em uma complicação de âmbito mundial.

Ao comparar os resultados de satisfação do presente estudo com a última avaliação do PMAQ-AB, realizada no primeiro semestre de 2014 observa-se que, entre os resultados do programa, as equipes de saúde da UBS Quintino I no DS Norte obtiveram avaliação “mediana ou abaixo da média” e a UBS Vila Albertina no DS Oeste obteve avaliação “muito acima da média” (RIBEIRÃO PRETO, 2015b), corroborando os achados deste estudo em que essas unidades tiveram menor e maior percentual de usuários satisfeitos respectivamente.

Ademais, de forma geral, com os resultados da última avaliação do PMAQ-AB sinalizando baixo desempenho para o acolhimento à demanda espontânea, apesar de boa avaliação no quesito marcação de consultas e satisfação do usuários, pode-se interpretar que vão ao encontro dos achados do presente estudo, considerando que apesar do entrave da AB acolher aos usuários quando necessitam, estes apresentam-se satisfeitos com os serviços de AB.

É válido lembrar que a parcela de usuários que participou da avaliação do PMAQ-AB estava na unidade de AB no momento da avaliação externa em conformidade com o que é proposto para avaliação do programa RIBEIRÃO PRETO, 2015b), sendo convidados a participarem da avaliação da unidade. Logo, tem-se o entendimento de que estes usuários participantes da avaliação do programa são usuários habituais da AB, ou melhor, estão vinculados de alguma forma à unidade. Diferentemente dos usuários participantes do presente estudo que avaliaram a AB durante os atendimentos de PA, e que assim podem caracterizar demanda reprimida da AB. Deste modo, é possível considerar que se trata de populações distintas.

Essa interpretação se baseia nos registros do diário de campo em que a maioria dos usuários abordados para participar do estudo, que estavam no PA no momento da coleta de dados referiam que não obtiveram atendimento médico na AB nos últimos seis meses, ou por que não procuraram, ou por que por diversas razões não conseguiram atendimento quando o buscaram, conforme relataram à pesquisadora. Esse dado corrobora as falas nas entrevistas e os resultados no instrumento EUROPEP, em que, a variável de satisfação mais mal avaliada foi a facilidade em marcar uma consulta.

Nessa lógica, compreende-se que os usuários mais habituados a utilizar os serviços de AB, podem se beneficiar mais frequentemente com estes serviços, pois conhecendo melhor o funcionamento da unidade, conseguem mais facilmente se programar para serem atendidos

quando precisam, em conformidade com os resultados encontrados nos registros do diário de campo sobre a questão de “abrir a agenda” e nas falas dos usuários entrevistados.

7.2 Atenção à saúde na AB: potencialidades e fragilidades

A demora no agendamento e atendimento de consultas na AB foi uma constante entre os achados evidenciados, tanto no instrumento EUROPEP, em que a variável “facilidade em marcar consultas” foi a mais mal avaliada, quanto nas falas dos usuários nas entrevistas. Este assunto foi frequentemente citado entre as sugestões dadas pelos 514 usuários participantes do estudo, considerando que entre as reclamações relatadas por eles, a necessidade de contratação de mais médicos justificada pela demora no atendimento e agendamento de consultas foi sinalizada constantemente pelos usuários.

Essa problemática é tema em pesquisas em diferentes países conforme identificado por Durand et al 2012, Mendiola et al. 2010, Hayden, Joriles e Rosen, 2010, além dos estudos nacionais (MENDES et al. 2012, CACCIA-BAVA et al., 2011, GAIOSO e MISHIMA, 2007; GOMIDE, PINTO e FIGUEIREDO, 2012).

O não atendimento da demanda espontânea constitui outro fator que exemplifica a insatisfação dos usuários com os serviços de AB. Este foi um tema muito comentado nas entrevistas, e conforme o instrumento EUROPEP foi verificado que uma mínima parcela da amostra conseguiu ser atendida no mesmo dia em que procurou a AB.

Por outro lado, com o alto índice de usuários (80,3%) que referiram que não foram informados sobre a possibilidade de alterar o horário da consulta caso precisassem, pode-se inferir que esta pode ser uma lacuna na organização do agendamento de consultas, considerando que caso estes usuários fossem mais bem orientados no momento do agendamento, haveria maiores possibilidades de atendimento à demanda espontânea dos usuários que não estivessem com o atendimento agendado.

Ademais, em várias falas, os usuários reclamaram que perderam os dias em que “abriu-se a agenda” da unidade para marcação de consultas, dificultando mais ainda a garantia do atendimento médico.

Entende-se, por meio destas barreiras para acessibilidade dos usuários na busca de atenção à saúde, que há diferenças alarmantes entre a oferta real e demanda por cuidado, conforme observado anteriormente por Souza et al (2008). Em outras palavras, pode-se

interpretar que ainda existe a escassez de profissionais disponíveis para o atendimento na atenção básica, dado que pode ser confirmado a partir do número de profissionais médicos contratados por unidade saúde que estavam atuantes no período de coleta, pela sugestão dos usuários, no instrumento EUROPEP, para contratação de mais médicos e pelos relatos nas entrevistas sobre a dificuldade em conseguir atendimento.

A humanização do cuidado repercutiu para a qualidade da atenção à saúde e foi assunto identificado tanto nas falas dos usuários entrevistados, quanto nas sugestões e nas questões sobre o indicador Relação e comunicação do questionário EUROPEP. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, consequentemente avaliou mal o cuidado recebido.

Nessa perspectiva, dispender atenção e valorizar o processo de escuta na prestação do cuidado são questões que por conseguinte provocam satisfação do usuário que é cuidado, resultando em diferenças positivas nas ações de saúde, como anteriormente identificou-se nos estudos de Cotta et al. (2005), Medeiros et al. (2010) e Coelho, Bessa e Araújo (2009).

Outro fator que influenciou negativamente na relação profissional e usuário foi a ausência do exame físico durante o atendimento. Isto foi evidenciado tanto nas entrevistas quanto na questão do instrumento EUROPEP, sobre como o usuário avalia o exame físico durante a consulta, pois quase um terço dos usuários referiu que não foram examinados, durante a consulta.

As fragilidades elucidadas acima podem estar representando grande relevância para a população de Ribeirão Preto-SP procurar regularmente os serviços de PA. Pode-se relacionar a conduta medicamentosa prevalente seguida da solicitação de exames nas fichas de atendimento no PA com a importância excessiva que o usuário dá para a densidade tecnológica nos serviços de urgência e emergência. Tais resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Carret et al. (2011); Caccia-Bava et al. (2011), Gomide et al. 2012 e Acosta e Lima, 2015. Este dado foi observado nas entrevistas em que o usuário valoriza aquele profissional que prescreve o medicamento e/ou solicita exames para diagnóstico. O mesmo achado foi apontado nos estudos de Nelson (2011) e Gomide, Pinto e Figueiredo (2012). Isto é, mais vale o médico que prescreve a medicação ou fornece a receita, do que o médico que orienta a adoção de prática de atividade física e dieta balanceada.

Tem-se o entendimento de que a prestação do cuidado que privilegia a tecnologia em detrimento da anamnese diminui o interesse pela experiência prévia do usuário e sua subjetividade, e logo não é percebido em sua integralidade (CUNHA E GIOVANELLA, 2011). Essa assertiva caracteriza o modelo biomédico centrado na doença e previamente elucidado.

Apesar de se constituírem em locais superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses serviços de prontidão reúnem um leque de recursos, seja por meio de consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e regulação para internações hospitalares conforme abordado por Marques e Lima (2007).

Com o desenvolvimento da ciência e avanço das tecnologias que vieram com o propósito de melhorar a assistência, trouxe junto a instrumentalização, que em outras palavras explicita o fenômeno da medicalização à saúde (PEREIRA, 2009) sendo mais bem avaliado, na opinião dos usuários, o profissional que utiliza estas tecnologias, seja por meio de equipamentos para exame e diagnóstico, seja por prescrição de fármacos, para prestação do cuidado.

Anteriormente, boa parte das ações em saúde era exercida com maior dificuldade devido ao pouco desenvolvimento técnico e tecnológico da ciência, entretanto, comparando-se ao período atual, tem-se que o avanço tecnológico e científico resultou no endurecimento das relações entre profissionais e usuários (PEREIRA, 2009).

Em contrapartida, no que diz respeito às potencialidades da atenção básica, foram vistos nas falas alguns exemplos de usuários apontando satisfação com o atendimento, uma vez que avaliaram positivamente o acolhimento, a atenção e o diálogo que tiveram com os profissionais da AB, apesar de muitas vezes enfrentarem demora no agendamento e atendimento, bem como outros obstáculos para a atenção à saúde.

Como Ayres (2009), compreende-se que o êxito em um encontro terapêutico está no privilegiamento da dimensão dialógica, ou seja, a abertura ao interesse em ouvir. É preciso tornar possível ao profissional de saúde o ouvir e fazer-se ouvir, logo, é na interação entre usuários e serviços de saúde, em todos os encontros que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, de dar acolhimento e potencializar o diálogo. Portanto, estar aberto ao processo de escuta e conversa repercute direta e de forma positiva na satisfação do usuário com o cuidado prestado.

Além do mais, a partir dos dados do instrumento EUROPEP e das falas nas entrevistas, observou-se que muitos usuários têm como referências unidades de saúde que não possuem ESF, e então não recebem a visita domiciliar do agente comunitário. E mesmo dos poucos usuários que recebem não avaliaram bem a qualidade destas visitas. Assim sendo, considerando que a dinâmica de visitas domiciliares dos ACSs constitui como mais uma fortaleza da atenção básica, pouco está sendo utilizada, tornando estremecido o elo do usuário com o serviço de saúde.

Outro ponto influenciador para a satisfação, na perspectiva dos usuários, está na figura do médico que ainda se constitui em potência para a agilidade em conseguir atendimento na AB, considerando que a contratação de maior número desses profissionais foi uma das sugestões mais apontadas no questionário EUROPEP, e nas entrevistas. Pelas fichas de atendimento do PA também é possível observar que conforme a predominância de medicações e exames na conduta médica, sendo o médico o único profissional habilitado para solicitá-los, entende-se que a assistência ainda está muito centrada no modelo biomédico (ACIOLI, 2009).

Esses dados, portanto, ilustram a magnitude que esta categoria profissional tem dentro de um serviço de saúde, e que se o profissional médico não está disponível para atendimento, nenhum outro membro da equipe é identificado para dar respostas àqueles que necessitam de cuidado à saúde, conforme observado em outros estudos (MISHIMA et al., 2010, SOUZA et al., 2010).

Partindo dessas interpretações, pode-se compreender que de certa forma, os profissionais não médicos, na tentativa de responder às demandas dos usuários quando constataavam a impossibilidade do atendimento médico quando precisavam, davam orientações para procurarem o PA, em conformidade com os achados nas falas dos sujeitos.

Outro achado que pode confirmar a falta de manejo desses profissionais com o usuário é o despreparo para dar informações e explicar o sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes serviços de saúde identificado nas observações descritas no diário de campo no período de coleta de dados.

Nessa lógica, observou-se que os mesmos usuários que responderam “ruim” ou “péssimo” para as variáveis de satisfação também responderam “concordo” ou “concordo muito” para a afirmação: recomendo este médico aos meus amigos. A partir destas respostas extraídas do instrumento EUROPEP, das anotações do diário de campo e das falas das entrevistas indicando satisfação dos usuários pela atenção básica quando estes conseguem atendimento médico, pode-se inferir que os serviços médicos ainda são os mais importantes preditores para a satisfação com uma dada unidade de saúde, conforme estudo de Danielsen et al. (2010).

Logo, na visão dos usuários, a divisão social do trabalho ainda se encontra correspondente à divisão técnica de atividades, ocorrendo tanto a divisão de tarefas como de responsabilidades (LOPES, HENRIQUES e PINHEIRO, 2009). Em outras palavras, o cuidado em saúde não se faz de forma compartilhada e corresponsabilizada, e isso se repercute na fragmentação do cuidado, em que em um serviço de saúde, aparentemente,

somente o profissional médico torna-se responsável por aquele usuário que busca atendimento à sua saúde. E o restante da equipe, apesar de pertencer ao grupo de profissionais da saúde (um coletivo), não participa desta responsabilização coletiva no trabalho em saúde.

A satisfação do usuário com a AB foi com frequência correlacionada com a resolução dos seus problemas de saúde em concordância com o estudo de Rosa, Pelegrini e Lima (2011). Portanto, quando o usuário percebe que suas necessidades não foram atendidas, consequentemente avaliam mal o atendimento. Esta interpretação se faz a partir do que se observou nas entrevistas, no instrumento EUROPEP na questão “rapidez com que os problemas de saúde foram resolvidos”, em que um pouco mais de um quarto da amostra respondeu como “ruim” ou “péssimo” para esta questão e um terço respondeu “não se aplica” relatando que ainda não obtiveram a resolução, e nas fichas de atendimento em que quase metade dos usuários voltou frequentemente ao PA para atendimento.

Outro achado que merece ser discutido são os diversos usuários que procuraram atendimento médico no PA e, provavelmente cansados de esperar o chamado, vão embora sem assistência. Em concordância com estudo australiano de Kennedy et al (2008), considera-se que estes casos de uma forma geral representam situações de baixa gravidade e por isso, os usuários desistem de ser atendidos.

Apesar da alta demanda de usuários não urgentes dos serviços de prontidão, boa parcela dos usuários tem consciência de que o PA presta atendimento pontual e logo não resolutivo. Este assunto foi observado nas falas com frequência. Nesse sentido, a atenção básica é valorizada, considerando que os usuários reconhecem que quando os mesmos profissionais atendem, qualifica a atenção recebida, como visto em outros estudos (GALLAGHER et al. 2013, RAIVIO et al., 2014).

Entretanto, a partir das sugestões apontadas no instrumento EUROPEP, das fichas de atendimento do PA que indicam prevalência da prescrição de medicamentos e exames entre as condutas médicas registradas, torna-se possível interpretar que o PA tem potência para atender à demanda reprimida dos usuários que não conseguem acessibilidade aos serviços de AB e/ou acolhimento dos profissionais destas unidades de saúde. Embora não resolvam a maioria das necessidades de saúde apresentadas, conforme verificado no instrumento EUROPEP, alto percentual de usuários que responderam “não se aplica” para a variável “alívio rápido dos sintomas”.

Mesmo assim, ao analisar a frequência de atendimentos que os usuários tiveram no PA e nos serviços de AB no último ano, observou-se que não houve diferença no número de atendimentos realizados, portanto pode-se inferir que a maioria dos usuários utiliza os

serviços de prontidão e a atenção básica com semelhante assiduidade. Logo, o uso simultâneo é aparentemente uma característica de grande parte da população do município, corroborando os achados de Mishima et al. (2010).

Além do mais, não se observou associação entre o número de vezes que o usuário procurou o PA no último ano e as variáveis de satisfação. Então, tem-se que tanto os usuários que procuraram por mais vezes quanto os que procuraram por menos vezes apresentaram opiniões similares sobre os serviços de AB que utilizam. Portanto, a satisfação do usuário, no presente estudo, não está relacionada com a frequência de atendimento no PA.

Em oposição a esse resultado, a partir das falas nas entrevistas e do alto índice de respostas “ruim” ou “péssimo” na variável de satisfação “facilidade em marcar uma consulta”, compreende-se que a existência de barreiras para acessar uma fonte regular de cuidado na AB no presente estudo está diretamente vinculadas à alta procura pelo PA, em congruência com os achados de Villani e Mortensen (2013) e Durand et al. (2012).

Nessa mesma lógica, identificou-se associação entre o tempo de espera no agendamento para atendimento na AB e as variáveis de satisfação, em que quanto menos dias os usuários esperaram entre o dia da marcação e o dia da consulta, mais satisfeitos se apresentaram.

Vale ressaltar que apesar das diversas debilidades na atenção básica salientadas pelos usuários deste estudo, ainda assim indicaram estar satisfeitos de acordo com a maioria das respostas entre as variáveis de satisfação do instrumento EUROPEP e dos relatos nas entrevistas.

Diante dessas explicações, pode-se identificar a presença de certo conformismo por parte da população com os serviços de saúde de AB, pois apesar de todas as fragilidades encontradas em todas as fontes de dados, os usuários apresentaram maior percentual de satisfação com sua unidade de saúde de referência para a maioria das variáveis de satisfação.

Nesse sentido, é importante resgatar o referencial teórico deste estudo que sinaliza o entendimento que se tem de satisfação do usuário como a relação das expectativas e percepções de quem é cuidado e sobre o que representa importância para o usuário (MALUS et al, 2011; OLIVEIRA & GUIARDELLO, 2005; VAITSMAN & ANDRADE, 2005). Em outras palavras, quando se espera pouco sobre as ofertas de um serviço de saúde e o “pouco” é realmente ofertado, então não há frustração. Em contrapartida, quando se espera “muito” desse mesmo serviço, é mais difícil atender à expectativa, uma vez que é necessário “muito” para satisfazer as necessidades daquele que espera por “muito”. Dessa forma, estes conceitos

explicam por que os usuários menos instruídos e mais velhos estão mais satisfeitos com o atendimento na AB.

7.3 A organização dos serviços públicos de saúde e suas implicações no processo de trabalho

A questão da longitudinalidade na atenção foi percebida positivamente pelos usuários nas falas quando estes retrataram a importância de serem reconhecidos nos serviços de saúde pois eram os mesmos profissionais nos atendimentos que receberam na AB.

Em contrapartida, a demora no encaminhamento para as especialidades médicas foi uma constante entre os achados deste estudo, corroborando os resultados de Rosa et al (2011) e Coelho, Bessa e Araújo (2009), interferindo diretamente na satisfação do usuário com a AB, em conformidade com os achados de Mendes et al. (2012).

Essa debilidade implica no rompimento da continuidade da atenção e longitudinalidade do cuidado. Essa problemática foi identificada tanto nas entrevistas, como nas questões sobre continuidade e cooperação e nas sugestões referidas no instrumento EUROPEP, e nas fichas de atendimento, em que quase um décimo da amostra tem como justificativa para a procura a checagem de resultados de exames, representando a ausência da contrarreferência dos usuários que procuraram o PA para os serviços de AB, local mais apropriado para verificação destes resultados e assim realizar o seguimento de saúde.

Ademais, essa queixa dos usuários de que nos serviços de AB há demora no encaminhamento para os especialistas pode ter se constituído como mais uma razão para procurarem pelo PA considerando que, nestes serviços, além da garantia de serem atendidos no mesmo dia em que buscaram atendimento, os usuários mais facilmente conseguem ser regulados para serviços especializados, haja vista o percentual de usuários que tiveram entre as condutas médicas registradas nas fichas de PA a solicitação de exames e encaminhamentos para especialistas.

De acordo com Starfield (2002), entende-se que a longitudinalidade constitui-se em característica central e exclusiva da APS pois é o acompanhamento do usuário ao longo do tempo promovendo uma relação terapêutica em que há responsabilidades por parte do profissional de saúde e confiança do usuário. Esse acompanhamento tende a produzir

diagnósticos e tratamentos mais precisos e ainda podem reduzir o número de encaminhamentos desnecessários para os especialistas (GÉRVAS e FERNANDEZ, 2006).

Nesse sentido, se por um lado foi observada a certificação dos usuários de que ser atendido pelos mesmos profissionais é predicado de atendimento mais adequado à população, por outro lado por diversos usuários verificou-se a demora no encaminhamento aos especialistas, causando prejuízo na continuidade do cuidado e afetando diretamente a satisfação com a AB.

Cunha e Giovanella (2011) consideram que a continuidade do cuidado aumenta a satisfação com o serviço, e que os idosos e grupos com menor escolaridade estão associados à maior valorização dessa continuidade. Esta vertente justifica parte dos achados do presente estudo no que diz respeito à relação da satisfação com as características sociodemográficas da amostra participante.

Em oposição, os usuários mais jovens e saudáveis talvez não tenham tanto interesse em manter um vínculo com uma fonte regular de cuidado e por isso podem estar pouco relacionados com os serviços de AB (NUTTING et al., 2007). De modo divergente dos resultados do presente estudo em que as pessoas com autopercepção de saúde “boa” têm maior associação com as variáveis de satisfação.

Em concordância com a discussão abordada anteriormente sobre a avaliação do PMAQ-AB por usuários habituais dos serviços de APS, compreende-se que a identificação de uma fonte regular de cuidado pressupõe que a população deve reconhecer a unidade de AB como referência habitual para atendimento. Esta definição depende da correlação da oferta e disponibilidade dessa fonte regular e deve estar em consonância com as reais necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002).

Diante do que foi exposto até o momento, a indagação que se faz é se os usuários atendidos em Ribeirão Preto-SP reconhecem as unidades de AB como fonte regular de cuidado, ou se as utiliza apenas por restrição de opções, o que pode implicar na não adesão a esses serviços de forma contínua com a finalidade de promover a saúde e prevenir doenças, e ainda buscar serviços de urgência e emergência para tratar agravos que poderiam ser resolvidos pela equipe de APS.

Outro resultado relevante a ser discutido está na deficiência da estrutura física da AB. Tantos nas entrevistas quanto no decorrer da aplicação do instrumento EUROPEP identificaram-se relatos de falhas no acolhimento para a coleta de exames e aferição de sinais vitais. Muitos usuários reclamaram da limpeza das UBSs e USFs e deram várias sugestões para melhora do conforto no espaço físico.

O horário de trabalho coincidir com o horário em que os serviços de AB estão abertos para atendimento também foi com frequência reportado nas entrevistas como motivo para os usuários procurarem atendimento no PA. Este assunto corrobora os dados do instrumento EUROPEP sobre as sugestões de ampliação de horário de funcionamento ou funcionar 24 horas, o que apareceu em 7,8% dos usuários. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Lovis et al. (2007), Caccia-Bava et al. (2011) e Gomide, Pinto e Figueiredo (2012).

Alguns usuários ainda justificaram terem procurado pelo PA devido à proximidade com o local de trabalho, o que mostra como o acesso geográfico a um serviço de saúde prevalece na preferência de procurar por um serviço de saúde, ao invés de outro mais distante.

Mesmo alguns usuários apontando o PA como um serviço de saúde não resolutivo e com conduta direcionada às queixas pontuais, a partir das falas dos usuários nas entrevistas, com os dados das fichas de atendimento ilustrando alta frequência de atendimento por muitos usuários, respostas do instrumento EUROPEP e registros das observações no diário de campo, pode-se interpretar que diversos usuários estão sendo motivados à procura por este serviço em razão dos obstáculos no acesso ao atendimento médico na AB caracterizados pelo sistema de marcação de consultas, e pela falta de estabelecimento de vínculos com os profissionais da AB, corroborando os resultados de Puccini e Cornetta (2008), Villani e Mortensen (2013), Lovis et al. (2007), Caccia Bava et al. (2011).

Além do mais, houve situação em um PA em que o usuário necessitava de receita médica para obter na farmácia medicação de uso contínuo e na unidade de referência de AB não conseguiu pois estava sem médico para atendê-lo diante desta solicitação.

A dor indicada nas fichas de atendimento no PA e nas entrevistas como principal razão para a procura do PA corrobora os resultados de Gomide et al, 2012.

Barreto et al. 2012 apontam que a dor, fenômeno subjetivo de múltiplas dimensões, constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados à saúde por parte da população em geral, sendo muito frequente nos serviços de emergências. Os autores ainda destacam que a procura ocorre quando a dor é de etiologia aguda, o que não impede muitos pacientes com dor crônica procurarem o PS, quando há agudização dessa dor.

Assim como Visentin et al. (2005) considera-se que o controle da dor é um direito do usuário e deve ser encarado como prioridade no âmbito de prestação de cuidados à saúde.

Outros estudos indicam que a dor, seja aguda ou crônica, em todos os níveis de atenção a saúde, é subdiagnosticada, mal avaliada e subtratada, sendo algumas vezes negligenciada (MARINANGELI et al., 2009; CALIL, PIMENTA e BIROLINI, 2007).

Trazendo esse autores para a discussão entendendo a dor como sintoma recorrente e pouco solucionado nos serviços de prontidão, no presente estudo, tem-se maior compreensão das razões para a baixa resolução dos problemas de saúde e o baixo alívio rápido dos sintomas, dados indicados pelos usuários tanto no instrumento EUROPEP, quanto nas falas nas entrevistas.

Além disso, esses dados podem explicar a alta frequência de conduta medicamentosa, bem como frequência no PA, uma vez que constitui em conduta médica direcionada ao alívio imediato dos sintomas para aquele momento em que os usuários procuram, contudo, não garantem a resolução dos problemas de saúde a longo prazo.

Algumas particularidades entre os DS foram observadas, como exemplo o PA do DS Central atender mais usuários que justificaram a procura pelo PA com a proximidade com o local de trabalho.

Pode-se interpretar que a unidade de saúde USF Portal do Alto não teve usuários provenientes na constituição da amostra de participantes do estudo, se for considerada a relação da proporção da população estimada para esta unidade, constituindo-se na terceira menor em termos de número de habitantes, sem contar os NSF's que têm apenas uma equipe de saúde da família para atender à população adstrita.

Ademais, foi identificado que as unidades de saúde que tiveram mais usuários provenientes participantes do estudo, são as unidades que possuem maior número de usuários cadastrados, seguindo a lógica de proporção e probabilidade.

No entanto, ao analisar as equipes de saúde com as variáveis de satisfação, não foi observado associações significativas entre as respostas dos usuários e as diferentes equipes de saúde, tanto vistas isoladamente, quanto agrupadas de acordo com o número de usuários provenientes.

Nesse sentido, pode-se afirmar que entre os 45 estabelecimentos de AB no município de Ribeirão Preto-SP que eram referência para os 514 usuários participantes do estudo, não houve diferenciação de satisfação entre as avaliações dos usuários. Apesar das diversas debilidades dos serviços de AB, na comparação entre os cinco distritos de saúde, parece que estas queixas apresentam-se homogêneas e não há grandes distinções entre eles.

É válido ressaltar que os diferentes distritos apresentam coberturas ESF em distintas proporções, uma vez que o distrito Oeste, região em que o *campus universitário* da USP está inserido, abarca um maior número de equipes da estratégia saúde da família em contraposição aos demais distritos.

Além do mais, ao analisar as sugestões dos usuários no instrumento EUROPEP e as falas nas entrevistas, verificou-se que os obstáculos para obtenção do cuidado à saúde na AB são semelhantes nos cinco distritos de saúde, e nas fichas de atendimento no PA, a conduta medicamentosa seguida pela solicitação de exames se perpetuam nos cinco PAs públicos do município. Não se observou divergências em relação à justificativa para a procura pelo PA entre os DS.

Limitações do estudo

Vale ressaltar que, apesar dos pontos fortes apontados do instrumento EUROPEP, este tem como limitação ser mais precisamente direcionado para avaliar os atendimentos médicos, enquanto o profissional enfermeiro também tem relevante papel como protagonista na equipe de saúde dos serviços de APS.

Para os usuários participantes comporem a amostra, fazia-se necessário terem tido a experiência de receber pelo menos um atendimento na AB nos últimos seis meses, conforme os critérios de inclusão. Todavia, ao buscar os registros de atendimentos no sistema de informação ambulatorial do município (Hygiaweb) houve 22 usuários em que se encontrou o valor “zero” atendimento na AB no último ano. Para estes casos, podem ser consideradas duas possibilidades:

- não houve registro do atendimento referido à pesquisadora;
- o usuário se confundiu, ao ser abordado pela pesquisadora para participar do estudo e realmente há mais de um ano que ele passou em atendimento na AB.

Vale destacar que durante a coleta de dados, em todas as abordagens feitas aos usuários dos PAs, após a abordagem e antes da aplicação do instrumento propriamente dito não foi confirmado pelo sistema Hygiaweb quando foi a última consulta do usuário na AB. Este procedimento inviabilizaria a dinâmica de coleta de dados se fosse realizada a pesquisa para cada usuário abordado a cada dia de coleta, considerando que o acesso ao sistema era feito mediante unicamente aos computadores dos serviços, que estavam sendo continuamente utilizados pelos funcionários no cotidiano do trabalho em saúde.

Outra possível limitação que deve ser considerada, conforme citado por Espiridião e Trad (2005), é que os achados do instrumento EUROPEP neste estudo indicando alta satisfação poderiam ser expressos pelo receio de os usuários perderem o direito ao atendimento na AB caso julgassem mal o serviço neste nível de atenção à saúde.

8 CONCLUSÃO

Após apresentação dos resultados e discussão desta investigação, que possibilitaram analisar a satisfação do usuário que procura atendimento no PA, em relação ao acesso e acolhimento na AB, passa-se a apresentar as conclusões pertinentes ao desenvolvimento do estudo.

Houve predominância do sexo feminino na amostra de usuários participantes, uma vez que, as mulheres atenderam com maior frequência aos critérios de inclusão. A baixa escolaridade predominou, sendo a maioria composta por usuários que não completaram o Ensino Fundamental.

Quanto à marcação de consultas, observou-se baixo índice de atendimento à demanda espontânea. Além disto, poucos usuários estavam com a consulta agendada desde a consulta anterior, e muitos esperaram vários dias entre o dia da marcação e o dia da consulta.

As visitas domiciliares realizadas pelos médicos são pouco frequentes e entre os diversos problemas na AB apontados pelos usuários estão a contratação de mais médicos, ampliação do horário de atendimento nas unidades, necessidade de melhorar o acesso às consultas e o tempo de espera para conseguir atendimento, mais atenção dos profissionais que atendem e melhorias na limpeza da unidade de saúde.

Além da demora no agendamento e atendimento de consultas na AB, o não atendimento da demanda espontânea constituiu outro fator que exemplifica a insatisfação dos usuários com os serviços de AB.

A humanização do cuidado repercutiu para a qualidade da atenção à saúde. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, logo avaliou mal o cuidado recebido. Outro fator que influenciou negativamente na relação profissional e usuário foi a ausência do exame físico.

Com a conduta medicamentosa predominante seguida da solicitação de exames nas fichas de atendimento no PA, observou-se a importância excessiva que o usuário dá para a densidade tecnológica, nos serviços de urgência e emergência.

Em contrapartida, no que diz respeito às potencialidades da atenção básica, alguns usuários apontaram satisfação com o atendimento uma vez que avaliaram positivamente o acolhimento, a atenção e o diálogo que tiveram com os profissionais da AB, apesar de muitas vezes enfrentarem demora no agendamento e atendimento, bem como outros obstáculos para a atenção à saúde. Logo, estar aberto ao processo de escuta e conversa repercute direta e de forma positiva na satisfação do usuário com o cuidado prestado.

A figura do médico para os usuários, ainda, constitui em potência para a agilidade em conseguir atendimento na AB estabelecendo a relevância que esta categoria profissional tem dentro de um serviço de saúde.

A satisfação do usuário com a AB foi também co-relacionada à resolutividade dos seus problemas de saúde, pois quando o usuário percebeu que suas necessidades não foram atendidas, classificaram mal o atendimento.

Grande parcela dos usuários tem consciência de que o PA presta atendimento pontual e não resolutivo. Assim, a AB é valorizada considerando que os usuários reconhecem que, quando os mesmos profissionais atendem, qualifica a atenção recebida.

Ademais, a longitudinalidade na atenção foi percebida positivamente pelos usuários, pois estes retrataram a importância de serem reconhecidos nos serviços de saúde pois são os mesmos profissionais nos atendimentos que recebem na AB.

Em contrapartida, a demora no encaminhamento para as especialidades médicas foi frequente entre os achados, corroborando para o rompimento da continuidade da atenção e longitudinalidade do cuidado.

Outro ponto relevante identificado foi a deficiência da estrutura física da AB. Muitos usuários reclamaram da limpeza das UBSs e USFs e deram várias sugestões para melhora do conforto no espaço físico.

O horário de trabalho coincidir com o horário em que os serviços de AB estão abertos para atendimento também foi com frequência reportado como motivo para os usuários procurarem atendimento no PA. A proximidade do PA com o local de trabalho caracterizou-se como mais um motivo para a procura. Entretanto, não se observou associação entre as variáveis de satisfação e a frequência de atendimento no PA.

Por outro lado, se observou associação dos usuários mais insatisfeitos no que diz respeito à facilidade em marcar uma consulta apresentarem a alta procura ao PA.

No entanto, apesar das barreiras com a demora no agendamento de consultas, os usuários apresentam alto índice de satisfação com os serviços oferecidos na atenção básica.

Considera-se que o não atendimento à demanda espontânea na AB se evidencia como principal entrave para a população procurar o PA, ao invés de esperar pelo dia da consulta marcada nas unidades de AB. Portanto, diante dos achados, são necessárias melhorias nas formas de organização no agendamento de consultas, além de maior comprometimento dos profissionais em acolher a todos que procuram, priorizando aqueles usuários em situações de busca frequente aos serviços de prontidão em situações não urgentes.

Os achados desta obra indicam avanços em relação à prestação do cuidado na AB, uma vez que, os usuários reconhecem a importância desse nível de atenção para a continuidade e integralidade à saúde. Contudo, diante das fragilidades na AB apresentadas, estas podem despertar a necessidade de se repensar como as ações de saúde estão sendo realizadas, e quais são as possibilidades para o aprimoramento das estratégias de organização e gestão dos serviços da rede básica de atenção à saúde.

9 REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: Maneiras de Fazer de Grupos da Sociedade Civil. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 161-170.

ACOSTA, A. M.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 141-144, 2011.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, 2015.

ADAMSON, J.; BEN-SHLOMO, Y.; CHATURVEDI, N.; DONOVAN, J. Exploring the impact of patient views on 'appropriate' use of services and help seeking: a mixed method study. **J. Br J Gen Pract.**, London, v. 59, n. 564, p. e226-233, July 2009.

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis**, 2nd Edition, New York: John Wiley & Sons, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc 2009, p. 127-144.

BARDELLI, P.; KAPLAN, V. Non-urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. **Swiss Med Wkly**, Muttentz , v. 143, p. w13760, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARRETO, R. F. et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. dor**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 213-219, sept. 2012 .

BECKER, J.; DELL, A.; JENKINS, L.; SAYED, R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. **S Afr Med**, Cape Town, J. v. 102, n. 10, p. 800-801, 2012.

BENACHI SANDOVAL, Narly et al. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**, Whashington D.C., 2012, vol.31, n.1, p. 32-39 .

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de amostragem**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 269 p.

BRANDÃO, A. L. R. B. S. **Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de Manguinhos**. Rio de Janeiro: UERJ, 229f. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 12 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, 2004. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, 2009. 481 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html >. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2012. Disponível: < http://189.28.128.178/sage/sistemas/portal_pmaq/endereco/pmaq.php >. Acesso em: 10 de março de 2015.

CACCIA-BAVA, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; ROCHA, J. S. Y.; MARTINEZ, E. Z. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirão Preto)** Ribeirão Preto, v. 44, n.4, p. 347-54, 2011.

CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M.; BIROLINI, D. The "oligoanalgesia problem" in the emergency care. **Clinics**. v. 62, n.5, p. 591-598, 2007.

CAMARGO JUNIOR, R. K. R. A filosofia empírica da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc 2009, p. 101-111.

CARLSEN, F.; GRYTTEN, J.; KJELVIK, J.; SKAU, I. Better primary physician services lead to fewer hospital admissions. **Eur J Health Econ**. 2007; 8(1):17-24.

CLARES, J. W. B.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; LIMA, L. L. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 604-609, out.-dez. 2011.

COELHO, M. O.; BESSA, M. S.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, jul.-set. 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008, 220p.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M. FRANCESCHINI, S.C.C; PRIORE, S.E. Satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, p. 227-234, out./dez. 2005.

CRESWELL, J.W. **Pesquisa de métodos mistos**/ CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. Tradução: LOPES, M.F.; revisão técnica: SILVA, D. 2d. Porto Alegre: Penso, 2013, 288p.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. 3d. Los Angeles: Sage Publications, 2009, 260p.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade / continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p. 1029-1042, 2011.

CURVO, P.A. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção**. Ribeirão Preto: EERP, 154f. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

DANIELSEN, K. et al. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. **BMC Family Practice**, v.11, p.73, 2010.

DONABEDIAN, A. **Exploration in quality assessment and monitoring** – The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, University of Michigan, Michigan. v.1. 1980.

DURAND, A. C.; PALAZZOLO, S. TANTI-HARDOUIN, N. GERBEAUX, P. SAMBUC, R. GENTILE, S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. **BMC Research Notes**, London, 2012. n. 5, p. 525.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.1267-76, jun, 2006.

_____. Avaliação da satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.10, suppl, p. 303-12. set/dez, 2005.

EL-JARDALI, F. HEMADEH, R. JAAFAR, M. SAGHERIAN, L. EL-SKAFF, R. MDEIHLI, R. JAMAL, D. ATAYA, N. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. **BMC Health Serv Res**, London, 2014. v. 25, n.14, p. 86.

FERREIRA, PL. ANTUNES, P. **Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2009, 38p.

FERRI, S. M.N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface comun. saúde educ**. Botucatu. v.11, n.23, p.515-29, set/dez, 2007.

FONTANELLA, B.J.B., RICA, J, TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GAIOSO VP, MISHIMA SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the Family Health Scenario. **Texto-contexto. enferm**. [on line]. Florianópolis, v.16, n.4. p.617-25. out/dez, 2007.

GALLAGHER, N. MACFARLANE, A. MURPHY, A.W. FREEMAN, G.K. GLYNN, L.G. BRADLEY, C.P. Service user's and caragivers' perspectives on continuity of care in out-of-hours primary care. **Qual Health Res.** v. 23, n. 3, p. 407-421, 2013.

GÉRVAS, J.; FERNANDEZ, M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 147-149, Mar. 2006 .

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2011. 200p.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 25, p. 19-25, 2012. Número Especial 2.

GOMIDE, M. F. S; PINTO, I. C.; GOMIDE, D. M. P.; ZACHARIAS, F. C. M. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 31-38, 2012.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

GROL R.; WENSING M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument. **Br J Gen Pract.**, v. 50, p. 882-887, 2000.

GROL R, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). **Fam Pract.**, v. 16, n. 1, p.4-11, 1999.

HAYDEN, S. R.; JOURILES, N. J.; ROSEN, P. Requiem for “non-urgent” patients in the emergency department. **J Emerg Med.** v. 38, n. 3, p. 381-383, Apr; 2010.

HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 424-430, 2008.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. D. G. D.; ALMEIDA, R. M. V. R. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 473-486, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSP.def>>. Acesso em: 17 julho 2013.

KALEMOGLU, M.; KESKIN, O.; DEMIRBAS, S.; OZISIK, T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Rev. méd. Chile**; Santiago, v. 132, n. 9, p. 1085-1089, Sept. 2004.

KENNEDY, M.; MACBEAN, C. E.; BRAND, C.; SUNDARAJAN, V.; MCD TAYLOR, D. Review article: leaving the emergency department without being seen. **Emerg Med Australas**. v. 20, n. 4, p. 306-313, 2008.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V .P. G.; SANTOS, R.N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, 1998.

LOBO, A.; DUARTE, P.; CARVALHO, A.; RODRIGUES, V.; MONTEIRO, M. J.; ALVES, H. The association of equity, accessibility and price with primary healthcare user's satisfaction. **West J Nurs Res**. v. 36, n. 2, p. 191-208, 2014.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc 2009, p. 29-40.

LOVIS, A.; LABBÉ, M. A.; BOUZAS, G.; FUMEAUX, T. How to organize the emergency department of primary care hospitals in the future? Nyons' regional hospital experience. **Rev Med Suisse**; v. 14, n. 133, p. 2584, 2589, 2007.

MACHADO, F. R. S. Direito à saúde, integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p.47-63.

MACINKO, J.; COSTA, M. F. L. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Tropical Medicine & International Health**. v.17, n.1, p. 36–42, 2012.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; KLINGELHOEFER, S. P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and planning**. v. 22, n. 3, p. 167-177, 2007.

MALUS, M. et al. A participatory approach to understanding and measuring patient satisfaction in a primary care teaching setting. **Progr Community Health Partnersh.** v. 5, n. 4, p. 417-424, 2011.

MANZINI, T., MARTINEZ, E. Z., & CARVALHO, A. C. D. D. Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogos. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 11, n.2, p. 304-314, 2008..

MARINANGELI, F.; NARDUCCI, C.; URSINI, M.L.; et al. Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: a problem to be solved. **Pain Pract.** v. 9, n. 4, p. 282-288, 2009.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 13-19, 2007.

MARTINEZ, E. Z.; Amostragem. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Organizadores). **Fundamentos de Epidemiologia**. 2ª ed. Barueri: Editora Manole, 2011, p. 269-299.

MEDEIROS, F. A.; SOUZA, G. C. A.; BARBOSA, A. A. A.; COSTA, I. C. C. Aceptación en una Unidad Básica de Salud: enfoque en la satisfacción del usuario. **Rev Salud publica**, Bogotá, v.1 2, n. 3, p. 402-413, jun, 2010.

MENDES, A. C. G. et al . Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, Nov. 2012.

MENDES, A. C. G.; JUNIOR, J. L. C. A. A.; FURTADO, B. M. A. S.; DUARTE, P. O.; SANTIAGO, R. F.; COSTA, T. R. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife. v. 9, n. 2, p.157-165. abr/jun. 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, supl. 4, S3-S11, 2008.

MENDIOLEA, R.Z.; RODRÍGUEZ, A. F.; HOYOS VALENCIA, Y.; LEÓN RODRÍGUEZ, C. User satisfaction: a tool to evaluate the results of the care service in a primary care emergency department. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 42, n. 4, p. 242-243, apr, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. 4ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 244p.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, A. C.; PAULA, V. G.; DOMINGOS, M. M. L. N. Assistance in Family Health from the Perspective of Users. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-443, mai/jun, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-40, 2010.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

NELSON, J. Why patients visit emergency units rather than use primary care services. **Emergency Nurse**, Roxburgh, .19, n.1, p. 32-36, Apr. 2011.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-38, nov/dez, 2009.

OLIVEIRA, A. M. L.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.1, p.71-7, mar. 2006.

PALHA, P. F. Por um sistema de saúde integrador. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 181-182, 2015.

PALMER, E.; DUCHIN, D. L.; MURRAY, J. ATKINSON, P. Emergency department use: Is frequent use associated with a lack of primary care provider? **Can Fam Physican**, v. 60, n. 4, p. e223-e229, 2014.

PAULA, V. G., **Utilização de serviços na atenção básica – a satisfação do usuário na saúde da família**. Ribeirão Preto: EERP, 83f. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc 2009, p. 147-164.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118p.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde, **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2032-2042, set, 2008.

RAIVIO, R.; JÄÄSKELÄINEN, J.; HOLMBERG-MARTTILA, D.; MATTILA, K. J. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. **BMC Fam Practice**. v. 15, n. 15, p. 98, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. 2013. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades de saúde**. 2014a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16ubs.php>> Acesso em 20 jul. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Em 2014 Administração Municipal reformou, ampliou e fez manutenção em 10 unidades de saúde**. 2014b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J332/noticiaWebDetalhe.xhtml?id=30270>>. Acesso em: 25 março 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Greve da Saúde em Ribeirão termina com garantia de jornada de 30 horas**. 2014c. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2014/02/greve-da-saude-em-ribeirao-termina-com-garantia-de-jornada-de-30-horas.html>>. Acesso em: 25 março 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Informática. **Relação profissionais Rh SMS**. 2015a. Ribeirão Preto, 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (DASP). **Avaliação externa das equipes que aderiram ao PMAQ em Ribeirão Preto-SP**. 2015b. Ribeirão Preto, 2015.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: UFMG, 97f. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W., LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.3 2, n. 2, p. 345-51, 2011.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Concepts of access to health. **Rev Panam Salud Publica**, Washington D.C., v.31, n.3, p. 260-8, 2012.

SCHÄFER, W. L. et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. **Qual Prim Care**, v. 21, n. 2, p. 67-79, 2013.

SHI L, STARFIELD B, JIHAONG X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Practice**, Parsippany , v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SOUZA, M.F. **A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica do usuário**. Ribeirão Preto: EERP, 94f. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica**; Rio de Janeiro; v.24, supl.1, s.100-10, 2008.

SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise Da Utilização Do Serviço De Pronto-Socorro Na Percepção Do Usuário. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n.1, p. 13-20, jan/mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 714p.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, jul/set. 2005.

VICTORA, C. M.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000. 136p.

VILLANI, J.; MORTENSEN, K. Nonemergent Emergency Department Use among Patients with a Usual Source of Care. **J Am Board Fam Med**. v. 26, n. 6, p. 680-691, Nov./Dec. 2013.

VISENTIN, M.; ZANOLIN, E.; TRENTIN L. et al. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. **Eur J Pain**. v. 9, n.1, p.61-67, 2005.

WEE, L. E.; LIM, L. Y.; SHEN, T.; LEE, E.Y.; CHIA, Y. H.; TAN, A.Y.; KOH, G. C. Choice of primary health care source in an urbanized low-income community in Singapore: a mixed-methods study. **Fam Pract**. v. 31, n. 1, p. 81-91, 2014.

WENSING W. Et al Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. **Int J Qual Health Care**. v. 14, n. 2, p. 111-118, 2002.

ZILS, A. A.; CASTRO, R. C. L.; OLIVEIRA, M. M. C.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.4, n.16, p. 1772-1784, 2009.

10 APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTAS PRÉVIO

CONTEÚDO	QUESTÕES NORTEADORAS
Local onde busca atendimento no caso em que haja um problema de saúde. Acesso aos serviços de saúde do município.	Quando está com algum problema de saúde, onde procura atendimento? É no serviço de saúde próximo a sua casa? Como faz para conseguir atendimento? Como avalia o acesso a este serviço de saúde Faz algum tipo de acompanhamento de saúde? Que tipo de acompanhamento?
Conhecimento sobre os serviços de saúde da AB. Aspectos relativos ao atendimento e acolhimento de sua área de abrangência	Qual o horário de funcionamento e dias da semana do serviço de saúde onde é atendido? Quais atendimentos são realizados neste serviço (consultas, orientação sobre saúde em grupos, atividades físicas...)? Por quem é atendido?
Relação profissional – usuário na AB.	Como avalia o atendimento recebido? Quando expõe o seu problema considera que foi escutado? Quando sai desse serviço como se sente? Acredita que o problema foi resolvido? O que o levou à procura pelo PA?
Avaliação da satisfação com o atendimento que recebe nos serviços de AB.	O que é para você estar satisfeito com o atendimento recebido? Como avalia sua satisfação com o atendimento recebido nas UBSs/ USFs? Justifique. Você está satisfeito com o acesso aos serviços de saúde? Justifique. Você está satisfeito com o acolhimento dos profissionais que te atendem nos serviços de saúde? Justifique.
Sugestões relativas ao atendimento nos serviços da AB.	Tem sugestões acerca dos atendimentos que recebeu nas UBSs/ USFs? Para quais serviços? Gostaria de falar mais alguma coisa que não foi perguntado nessa entrevista?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTAS FINAL

Reformulado e adaptado conforme a compreensão dos usuários - 13/01/2014

Quando está com algum problema de saúde onde procura atendimento?

Como avalia a facilidade de chegar no posto e ser atendido?

Que tipos de atendimentos/ consultas são realizados no posto? Por quem é atendido?

O que acha do atendimento no posto de saúde? Comente.

O que te levou a procurar o PA?

Como precisa ser o atendimento para que você se sinta satisfeito? Explique.

Como avalia a forma com que os profissionais te atendem/ acolhem? Comente.

Tem sugestões sobre os atendimentos que recebeu no posto de saúde? O que você acha que precisa melhorar?

Quer falar mais alguma coisa que não foi perguntado na entrevista?

APÊNDICE C

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

ACORDO DE UTILIZAÇÃO DE PRODUTO

Ribeirão Preto, 24 de outubro de 2013.

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para utilização da versão brasileira do Instrumento europeu *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP). O referido instrumento começou a ser desenvolvido em 1995 por pesquisadores de oito países e sua validação finalizou em 1998 (GROL et al). Posteriormente foi adaptado a cultura brasileira, traduzido para o português do Brasil e validado (BRANDÃO, 2011).

O instrumento em questão será utilizado no projeto de doutorado intitulado "A satisfação do usuário do pronto atendimento com a atenção básica à saúde", que será desenvolvido pela pós graduanda Mariana Figueiredo Souza Gomide, orientado pela Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo EERP/USP.

O trabalho tem por objetivo analisar a satisfação do usuário que procura atendimento no Pronto Atendimento (PA) em relação ao acesso e acolhimento na atenção básica do município de Ribeirão Preto-SP

A sua utilização será no âmbito nacional, sem fins comerciais, com a garantia que será explicitado claramente o crédito e os resultados obtidos pela pesquisa aos autores do instrumento.

Estando cientes e de acordo com os critérios explicitados neste documento, todas as partes envolvidas assinam este acordo.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ione Carvalho Pinto

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto
Pesquisadora responsável pela utilização do Produto
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Ana Laura da Rocha Bastos da Silva Brandão

Ana Laura da Rocha Bastos da Silva Brandão
Autora versão brasileira do instrumento EUROPEP
Escola Nacional de Saúde Pública

Referências:

GROL, R., WENSING, M., MAINZ, J., JUNG, H.P., FERREIRA, P., HEARNshaw, H., HJORTDAHL, P., OLESEN, F., REIS, S., RIBACKE, M., SZECSENYI, J. **Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison** Br J Gen Pract. 2000 November; 50(460): 882-887.

BRANDÃO, A.L.R.B.S. **Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de Manguinhos**. Rio de Janeiro: UERJ, 229f. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BRANDÃO, A.L.R.B.S. GIOVANELLA, L. CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(1): 103-114, 2013.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr(a), _____ n° HYGIA _____

Venho por meio deste, convidá-lo a participar da pesquisa “A satisfação do usuário do pronto atendimento com a atenção básica à saúde” que estamos desenvolvendo.

Este trabalho tem como objetivo avaliar sua percepção sobre o acesso aos serviços de saúde da atenção básica e o acolhimento aos profissionais que o atendem em Ribeirão Preto-SP.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder a um questionário dando a sua opinião sobre o atendimento na atenção básica de saúde nos últimos 6 meses. Garantimos que os nomes não serão divulgados, portanto será mantido o sigilo e o anonimato de suas informações. O que lhe pedimos é o tempo de, aproximadamente, 15 minutos, que você terá de gastar para responder ao questionário. Com esta pesquisa esperamos contribuir para a avaliação da qualidade da atenção prestada nas Unidades Básica de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família.

Também utilizaremos dados referentes aos atendimentos registrados na sua ficha de atendimento (data de nascimento, sexo, bairro de procedência, justificativa para a procura no PA, conduta e encaminhamentos realizados).

Você poderá ser selecionado para participar de um segundo momento da pesquisa por meio de entrevista, cujo tempo será de, aproximadamente, 20 minutos, que você terá de gastar para responder às perguntas. As entrevistas serão gravadas, transcritas, interpretadas e analisadas pelo pesquisador. Caso você seja selecionado, esta será previamente agendada e realizada no seu domicílio a fim de garantir maior privacidade na declaração de respostas e de não lhe acarretar custos.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, portanto, para esta pesquisa considera-se que há risco remoto de cansaço e fadiga pelo participante durante a aplicação do questionário e realização da entrevista que pode se tornar extensa, no entanto, você poderá solicitar a interrupção a qualquer momento e marcarmos outro dia se assim preferir.

As suas informações e respostas serão mantidas sob a responsabilidade e guarda do pesquisador. O uso destas informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto, não haverá outro destino aos dados colhidos.

As informações serão muito úteis para melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação, você estará contribuindo para produção de conhecimento para a melhoria da saúde e da assistência local.

Esta pesquisa não trará gastos, nem remuneração para você.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 466/12, Conselho Nacional Saúde/Ministério da Saúde):

- a garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;
- a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
- a segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- o compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
- a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, data: ____/____/____

Participante

Pesquisador

Orientador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com Mariana Figueiredo Souza Gomide: 16-33290243 email: mariana.souza@usp.br, Profª. Ione Carvalho Pinto 16-3602.3429 email: ionecarv@eerp.usp.br, ou no endereço Av. Bandeirantes, 3900. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP de segunda à sexta, das 8h às 17h pelo telefone 16-3602-3386.

11 ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO EUROPEP

Questionário:

1. Código do questionário: _____
2. Data da entrevista: ____/____/____
3. Entrevistador: _____
4. Turno da Entrevista: ☐ 1 Manhã ☐ 2 Tarde
5. Dia da semana: ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐ 5° ☐ 6°

6. Qual a sua equipe de Saúde da Família:

Pense no atendimento durante esta sua visita ao centro de saúde.

7. Qual foi o profissional que te atendeu hoje?

- ☐ 1 Médico 2 ☐ Enfermeiro ☐ Não sabe se é médico ou enfermeiro

Somente responda as seguintes questões se foi atendido pelo médico.

8. Diga, por favor, qual o motivo da consulta médica?

- ☐ 1 Esta consulta foi previamente marcada pela sua equipe.
- ☐ 2 Buscar/ mostrar exames
- ☐ 4 Renovação de receita
- ☐ 5 Doente há poucos dias sem sentir melhora.
- ☐ 6 Doente há muito tempo, tendo piora.
- ☐ 7 Adoecei de repente.
- ☐ 8 Um acidente. 8.8.1Qual?
- ☐ 9 Uma outra razão. 8.9.1Qual?

9. É atendido nessa unidade há mais de um ano?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

10. Quantos dias decorreram entre o dia em que marcou e o dia desta consulta?

- ☐ 1 Fui consultado/a no mesmo dia.
- ☐ 2 Entre o dia da marcação e o da consulta decorreram _____ dias (10.2.1).

11. A sua consulta foi marcada para uma hora adequada para você?

- ☐ 1 Sim.
- ☐ 2 A consulta foi marcada, mas para uma hora que não foi adequada para mim.
- ☐ 3 Fui atendida no mesmo dia.

11.1 Como marcou a consulta?

- ☐ 1 Fui ao centro de saúde para marcar.

12. Foi informado/a da possibilidade de alterar a data ou a hora da sua consulta caso você necessite?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

13. Você foi atendido na hora marcada?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 A consulta não foi marcada

(pule para o item 15, se marcou os número 1 ou 3)

13.1 Se não, quanto tempo teve de esperar para ser consultado, além da hora marcada para a sua consulta?

Horas ____ Minutos ____

14. Pensa que esperou muito tempo? Foi-lhe dada alguma explicação?

- ☐ 1 Sim, deram-me uma explicação.
- ☐ 2 Sim, e não me deram qualquer explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa.
- ☐ 3 Sim, não me deram explicação, mas eu compreendi as razões.
- ☐ 4 Não, não tive que esperar muito tempo.

Por favor, pense agora no profissional médico da sua equipe que normalmente te atende nos últimos 12 meses.

Nas perguntas das páginas seguintes, por favor marque a figura que mais se aproxima da opinião do usuário . Certifique-se de que há apenas uma resposta para cada pergunta.

- RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO

	Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
15	Em relação a: A duração da consulta?						
16	Em relação ao: Interesse do profissional nos seus problemas de saúde e a forma como ele te ouviu?						
17	Em relação a: Sentir-se à vontade para contar os seus problemas de saúde ao profissional de saúde?						

18	Em relação a: Sua participação nas decisões do cuidado que o profissional de saúde lhe prestou?						
19	Em relação ao: Segredo/sigilo da informação sobre o seu problema?						

- CUIDADOS MÉDICOS

	Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
20	Em relação ao: Alívio rápido dos seus sintomas?						
21	Em relação a: Melhora para desempenhar as suas tarefas diárias?						
22	Em relação ao: Exame físico que o profissional fez em você durante a consulta?						
23	Em relação a: Indicação de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, exames, vacinas)						

- INFORMAÇÃO E APOIO

	Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
24	Em relação a: Explicação sobre os exames e os tratamentos prescritos?
25	Em relação a: Informações sobre o que você gostaria de saber dos seus sintomas e da sua doença?
26	Em relação a: Abordar questões emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?

27	Em relação a: Incentivo para compreender a importância de seguir suas orientações e tratamento de saúde?
----	---	---	---	--	---	---	---

- CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO

	Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
28	Em relação a: Conhecimento do profissional sobre você e o seu caso?
29	Em relação a: Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares quando necessário?

- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
30	Em relação a: Apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos profissionais que lhe atenderam?
31	Em relação a: Facilidade em marcar uma consulta adequada (em relação a horário e data) no Centro de Saúde?
32	Em relação a: Tempo que esperou para ser atendido (a)?
33	Em relação a: Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?

	<i>Qual a sua opinião em relação as seguintes afirmativas sobre o médico que te atendeu em relação a.....</i>	<i>Concordo muito</i>	<i>Concordo</i>	<i>Nem concordo/ nem discordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Discordo muito</i>	<i>Não aplicável/ não relevante</i>
34	Recomendo este médico de saúde da família aos meus amigos
35	Alguma razão para mudar de profissional de saúde da família

Pedimos agora que pense nos serviços prestados por este Centro de Saúde.

	<i>Como avalia a qualidade do Centro de Saúde em relação às seguintes áreas:</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Bom</i>	<i>Regular</i>	<i>Ruim</i>	<i>Péssimo</i>	<i>Não se aplica</i>
36	Organização geral dos serviços
37	Horário de atendimento do profissional de saúde da família
38	Visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde
39	Visitas domiciliares dos médicos e enfermeiros
40	Pontualidade dos profissionais;
41	Competência, educação e carinho do pessoal médico;
42	Competência, educação e carinho do pessoal de enfermagem;
43	Competência, educação e carinho do pessoal administrativo;
44	Limpeza do Centro de Saúde;

45. Diga por favor o que precisa ser melhorado no Centro de Saúde: _____

Informações individuais

46. Nome: _____

47. Ano de nascimento: _____

48. Sexo: ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino.

49. Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está freqüentando neste momento?

☐ 1 Analfabeto. (Pessoa que não saber ler e escrever um bilhete simples no seu idioma, ou que apenas sabe escrever o próprio nome).

☐ 2 Ensino elementar incompleto (Pessoa que estuda ou estudou da 1ª a 3ª série).

☐ 3 Elementar completo ou Fundamental incompleto (Pessoa que estuda ou estudou da 4ª a 7ª série).

☐ 4 Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto (Pessoas que concluiu a 8ª série, mas não concluiu o 2º grau - 1º, 2º e 3º anos).

☐ 5 Ensino Médio completo ou Superior incompleto (Pessoa que concluiu o 2º grau (1º, 2º e 3º anos) ou curso científico, científico, curso normal, magistério ou está cursando a faculdade ou interrompeu os estudos neste período).

☐ 6 Superior completo ou mais (Pessoa que concluiu todos os períodos da faculdade ou uma pós-graduação: especialização, residência, mestrado ou doutorado).

50. Quantas vezes seu médico de família foi visitar a sua casa nos últimos 12 meses?

51.1 _____ vezes 51.2 ☐ Nunca visitou

51. Em geral, diria que a sua saúde está ...

☐ 1 Ótima.

☐ 2 Muito boa.

☐ 3 Boa

☐ 4 Regular

☐ 5 Má

52. Você tem alguma das seguintes doenças há mais de 3 meses? (marque todas as que se apliquem)

☐ 1 Diabetes (“açúcar no sangue”)

☐ 2 Hipertensão arterial. (“pressão alta”)

☐ 3 Asma ou outras doenças respiratórias crônicas. (ex.: “chiado no peito”, bronquite, enfisema, rinite alérgica, etc). Qual? _____

☐ 4 Doenças do coração. (ex.: insuficiência cardíaca, infarte, arritmias – “coração tropeçando”, doenças valvares, endocardite, miocardiopatias, etc) Qual? _____

☐ 5 AVC — acidente vascular cerebral (“derrame”)

☐ 6 Problemas digestivos crônicos (ex: úlcera péptica, gastrite, “azia”, “refluxo”, etc). Qual? _____

☐ 7 Doenças osteoarticulares crônicas (ex.: dos ossos, das articulações ou dos músculos, reumatismo, artrite, artrose).

☐ 8 Doença Mental (ex.: depressão, “sofre dos nervos”, “problemas na cabeça”). Qual? _____

☐ 9 Tumor (ex.: câncer).

☐ 10 Outras doenças crônicas _____ (por favor, indique)

53. Você poderia me dar algum telefone para contato?

ANEXO B

UN. PRESTADORA CSE SUMAREZINHO	PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		24/09/2010 13:36:15
	ESPECIALIDADE PROFISSIONAL	TIPO AT CRM 37240	ATENDIMENTO 30501447

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUÁRIO	CNS	DATA NASC	IDADE	SEXO
RG				
Naturalidade				UF
NOME DA MÃE				
END.				CEP
MUNICÍPIO 3543402 RIBEIRÃO PRETO			UF SP BAIRRO	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____				

PRE-CONSULTA

Peso (g) _____ Estatura (cm) _____ P.A. (mmHg) _____ x _____ Temp. (°C) _____
 OBSERVAÇÃO _____
 Assinatura e Carimbo _____

DADOS DO ATENDIMENTO

EXAME CLÍNICO	_____
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	_____ CID _____
TERAPEUTICA	_____
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS E SOLICITADOS	_____
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO	_____

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	QTDE	CÓDIGO	QTDE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NA DATA 27/09/2010

Últimos medicamentos	Últimos exames	Agendamentos
	Atendimentos - Faltosos	Últimos atendimentos
Vacinas Atrasadas	Vacinas Programadas	

ANEXO C

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 1615/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 22 de abril de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto
Prezada pesquisadora
Mariana Figueiredo Souza Gomide

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**; bem como discutido em reunião desta Comissão; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO PRONTO ATENDIMENTO COM A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 016788 2.

Ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação dos serviços com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernando Cristina Pedral
CRB-8/8168

ANEXO D

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.3381
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 299/2013

Ribeirão Preto, 09 de dezembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 09 de dezembro de 2013.

Protocolo: 12678013.9.0000.5393

Projeto: A satisfação do usuário do pronto atendimento com a atenção básica à saúde.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
Mariana Figueiredo Souza Gomide

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª. Dr.ª. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP