UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MICHELE MANDAGARÁ DE OLIVEIRA

**Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a
Estratégia Saúde da Família**

Ribeirão Preto

2008

MICHELE MANDAGARÁ DE OLIVEIRA

**Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a
Estratégia Saúde da Família**

Tese apresentada à Enfermagem Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem Saúde Pública. Inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto
2008

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

Catálogo na Publicação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Oliveira, Michele Mandagará

Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família/Oliveira, Michele Mandagará; orientadora Ione Carvalho Pinto - Ribeirão Preto-SP, 2008.

164f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1. Programa Saúde da Família. 2. Avaliação de Programas. 3. Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Michele Mandagará de Oliveira

Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família.

Tese apresentada à Enfermagem Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem Saúde Pública. Inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus! A Nossa Senhora Aparecida por me cobrir com seu lindo e poderoso manto azul, Ao meu Anjo da Guarda, que está sempre comigo! E ao meu São Jorge!

A minha mãe por todo apoio para a realização do Doutorado, obrigado por ter me motivado a seguir sempre em frente, lutando, aprendendo com as derrotas e saudando as vitórias! Te Amo muito e te admiro minha mãe tu és uma pessoa abençoada por Deus! Obrigado também ao Vanderlei pela logística da viagem e pela certeza que eu conseguiria! E a minha “Pepa my love” por ser sempre tão afetuosa e fazer parte de momentos históricos da minha carreira!

A doce Valéria doce companheira de todos os momentos, obrigado por existir na minha vida! Você é tudo de bom! Te admiro e adoro muito! Obrigado por estar sempre presente, me trazendo alegrias e expectativas e felicidades.

Aos meus avós, a minha tia Marilu, ao meu sobrinho querido Richard que participam sempre de minha vida, de minhas conquistas. Obrigado por todo apoio, carinho e amor. Amo vocês!

Aos meus tios Wagner, Clenir e o meu primo Bruno, obrigado pelo carinho.

A minha querida professora, orientadora e amiga Ione, seus saberes e sua presença iluminam e enriquecem meus caminhos e minha vida.

Aos professores da banca examinadora, obrigado pela atenção, paciência e por todo momento de aprendizado. Obrigado por participarem da banca.

Aos meus amigos Luciane, Éder e Lourenço, obrigada pela amizade e toda motivação para pesquisa, admiro vocês.

Aos usuários, a equipe de saúde da família estudada, ao Município de Vera Cruz, a gestão e a coordenação da ESF pela forma acolhedora com que me receberam e participaram no trabalho de pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela qualidade da formação na minha pós-graduação, a todos colegas, professores e funcionários.

A Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Madri e ao querido e estimado Professor Angel Otero, muito obrigado pelos ensinamentos e acolhida no doutorado sanduíche.

A Pró- Reitoria, a Escola de Enfermagem da UFBA, a chefia Professora Ester Souza e a secretária Monica Goosens do Departamento de Enfermagem Comunitária e aos colegas e aos alunos do Curso de Enfermagem obrigado pelo apoio para realização do doutorado.

Ao Departamento da Faculdade de Enfermagem e ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, obrigado pela motivação na escolha da temática de

pesquisa neste doutorado e pelo convite para participação na pesquisa de avaliação do PROESF.

A Enfermeira Tomasa Montes Alcon do Centro de Salud del Barrio del Pilar pelo acolhimento e apoio na realização do Doutorado Sanduíche.

Aos meus amigos Irwin, Karol, Carmen Vera, Gabriel, Rubens e Luciane vocês moram no meu coração.

A Sue Anne Coimbra pela amizade, atenção e correção do português.

A Diorlene pela ajuda com a análise dos dados estatísticos.

A Enói Gusmão pela atenção e ombro amigo.

Obrigado aos meus amigos de Montanha- ES, de Ribeirão Preto- SP e aos baianos pelo acolhimento caloroso.

A CAPES, obrigada pela concessão de bolsa.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Satisfação do usuário adaptado de Constanzo e Vertinsk (1975) ...	31
Esquema 2 - Fluxograma analisador da Unidade de Saúde da Família na perspectiva da aceitabilidade do usuário.....	83
Esquema 3 - Rede de Atenção a Saúde de Vera Cruz-BA adaptada da “Rede de Atenção à Saúde Mental” elaborada por Pitta (2001).	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Os sete pilares da qualidade de Donabedian (1984):	26
Quadro 2 – Síntese da descrição dos indicadores para avaliação da aceitabilidade do usuário/família da ESF.....	30
Quadro 3 – Aceitabilidade/ satisfação.....	67
Quadro 4 – Inaceitabilidade/ insatisfação	67
Quadro 5 - Perfil dos profissionais de saúde da USF	70
Quadro 6 - Chek list da Avaliação da Estrutura - Síntese adaptada do Manual de Estrutura da UBS e da USF.....	95
Quadro 7 - Cronograma de Atividades da USF	102
Quadro 8 - Indicadores qualitativos de Estrutura-Processo- Resultado da atenção à saúde na ESF.	129

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do mapa bairro da USF estudada	80
Figura 2 - Desenho da Estrutura USF B de VeraCruz (2007).....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas segundo idade, sexo, estado civil, local de nascimento e escolaridade dos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz, 2007.	47
Tabela 2 - Distribuição da principal fonte de renda, rendimento familiar e número médio de pessoas na família dos sujeitos de estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.....	49
Tabela 3 - Tabela 3- O tempo de utilização do serviço pelos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007	50
Tabela 4 - O tempo de utilização do serviço pelos sujeitos do estudo separada pela variável do sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.....	51
Tabela 5 – Características de acessibilidade dos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	51
Tabela 6 - Outro serviço de saúde utilizado pelos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	53
Tabela 7- Outro serviço de saúde utilizado pelos sujeitos do estudo, segundo a variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007	53
Tabela 8 - O programa de saúde que os sujeitos do estudo, participam ou já participaram, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	54
Tabela 9 - O programa de saúde que os sujeitos do estudo, participam ou já participam pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.....	54
Tabela 10 - Participação dos sujeitos do estudo em palestra pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	55
Tabela 11 - Encaminhamento médico e solicitação de exames pela equipe de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	56
Tabela 12 - Opinião dos sujeitos do estudo quanto a conhecer os membros da equipe de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.....	57
Tabela 13 - Tabela 13. Opinião dos sujeitos do estudo quanto a conhecer os membros da equipe de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	59
Tabela 14 - Opinião dos sujeitos do estudo sobre a avaliação e participação como usuário de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	60

Tabela 15 - Opinião dos sujeitos do estudo sobre a avaliação e participação, pela variável sexo, como usuário de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.	60
Tabela 16 - Avaliação do nível de satisfação do usuário com relação às informações recebidas, marcação e atendimento de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.....	62
Tabela 17 - Avaliação do nível de satisfação do usuário com relação às informações recebidas, marcação e atendimento, pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007	63
Tabela 18 - Distribuição das notas de avaliação para com o trato da equipe do ESF e da estrutura física de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.....	65
Tabela 19 - Consolidado de dados gerais da área urbana da ESF do município de Vera Cruz – BA (2007).	72
Tabela 20- Consolidado de dados gerais da área rural da ESF do município de Vera Cruz – BA (2007)	73
Tabela 21 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da USF estudada.....	77
Tabela 22 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea I	77
Tabela 23 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea II	77
Tabela 24 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea III.....	78
Tabela 25 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea IV	78
Tabela 26 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por doença e condição referida	79

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APMI	Associação de Proteção a Maternidade e a Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIB/BA	Comissão Intergestores Bipartite da Bahia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
DECOM	Departamento de Enfermagem Comunitária
DIA	Diabetes Mellitus
DIRE	Diretoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ELB	Estudos de Linha de Base
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEO	Faculdade de Enfermagem
FM/UAM	Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Madri
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGI	Hospital Geral de Itaparica
HGM	Hospital Geral de Mar Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUPESCO	Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo Uterino
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo do Útero
PDR	Plano Diretor de Regulação
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI	Programa Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPA	Plano Plurianual Anual
PPI-VS	Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PROESF	Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família
PROFAE	Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde de Vera Cruz
SES	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGA/SUS	Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SPSS	Software Statiscal Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnica de Higiene Dental
UAM	Universidade Autônoma de Madrid
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNISOL	Universidade Solidária
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO	9
1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	9
1.2 AVALIAÇÃO DA ACEITABILIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
2 OBJETIVOS	34
2.1 OBJETIVO GERAL	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	36
3.2 LOCAL DO ESTUDO	37
3.2.1 ESTADO DA BAHIA.....	37
3.2.2 O MUNICÍPIO DE VERA CRUZ/BA	38
3.3 SELEÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	40
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	40
3.5ANÁLISE DOS DADOS	43
4. ESTUDO QUANTITATIVO.....	46
4. 1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	46
4.2 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA	50
4.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO	53
4.4 AVALIAÇÃO DO RESULTADO.....	57
5. ESTUDO QUALITATIVO.....	69
5.1 APRESENTAÇÃO DOS ATORES DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESF.....	69
5.2 CONHECENDO O CAMINHO DA CONSTRUÇÃO DA ACEITABILIDADE.....	71
5.2.1 A ATENÇÃO A SAÚDE EM VERA CRUZ ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DA ESF....	71
5.2.2 ÁREA ADSCRITA E A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	76
5.3 SEGUINDO PELOS CAMINHOS DA ACEITABILIDADE DO USUÁRIO.....	81
5.4 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA USF – ONDE TUDO COMEÇA	85
5.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DA USF – A SUSTENTAÇÃO DA ACEITABILIDADE.....	98
5.6 AVALIAÇÃO DE RESULTADO DA USF – AS DIMENÇÕES DA ACEITABILIDADE	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
7 REFERÊNCIAS	140
APÊNDICES	152
ANEXO	164

RESUMO

OLIVEIRA, M. M. **Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2008. 164p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

O estudo foi realizado em município do interior do Estado da Bahia. Objetivou-se avaliar a aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi realizado um estudo Quantitativo e qualitativo, sendo este desenvolvido a partir de uma adaptação do modelo de avaliação proposto por Donabedian de Estrutura-Processo-Resultado. Na coleta de dados foram utilizados: a observação, a entrevista semi-estruturada com a equipe, gestor e coordenação de ESF, além da investigação com formulários para a comunidade. Foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família da área urbana, que não fosse unidade mista, que estivesse de acordo com as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, tendo equipe de saúde bucal e Conselho Local de Saúde. A pesquisa foi realizada no período de 20 de novembro a 1 de dezembro de 2007. Foram entrevistados 12 profissionais, a amostra de usuários foi intencional, de acordo com quem se encontrava no domicílio no momento da coleta dos dados, desde que fosse usuário da USF e tivesse interesse em participar do estudo, desta forma participaram do estudo 217 participantes, sendo 193 mulheres e 24 homens. Realizou-se 120 horas de observação. Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas de frequência geradas com a utilização do SPSS® for Windows, Versão 11.0. Para os dados qualitativos foi utilizada a análise temática. Nos resultados encontrou-se uma população adulta com idade média em torno de 41 anos. Identificou-se que a maioria dos participantes tinha baixa escolaridade. Para melhor compreensão das análises foi utilizado o Fluxograma Analisador que apresentou respectivamente, os nós críticos, os ruídos e os eventos propulsores de aceitabilidade. Na Estrutura foi encontrado os nós críticos do acesso geográfico dos bairros 1 e 3 a USF; e também a distância da área até o hospital do município; a obtenção das fichas para cirurgião dentista; e a rotatividade do profissional médico. Em relação aos ruídos encontrados a área física foi geradora de insatisfação. Na avaliação do Processo foram encontrados ruídos importantes que interferem na aceitabilidade como: a não utilização de tecnologias leves por parte de alguns profissionais da USF; a ausência de grupos; a não realização de educação em saúde; a ausência, no momento, de cirurgião dentista. Ainda como ruído no Processo foi observado um alto percentual de pessoas que utilizam outros serviços de saúde. Como eventos propulsores de aceitabilidade: A maioria dos entrevistados participa de algum programa oferecido pela ESF, à maioria também refere já ter realizado algum exame laboratorial. A utilização de tecnologias leves por alguns profissionais e a flexibilização do acesso. Já com relação avaliação do Resultado identificou-se como nós críticos a distância entre o hospital e área; a não disponibilidade de todos os exames de pré-natal no município; e os encaminhamentos para consulta com especialistas em outros municípios. Como eventos propulsores de aceitabilidade: foi observado que a maioria da comunidade conhece os profissionais da equipe de saúde da família, a maioria também está satisfeito com o trato recebido e a maioria dos profissionais na opinião dos usuários receberam notas acima da média 7. O Conselho Local de Saúde foi percebido como importante instrumento para a efetivação da participação social. Os dados encontrados sinalizam positivamente para a aceitabilidade da ESF no que se refere à qualificação da produção de saúde no nível local.

Palavras Chaves: Programa Saúde da Família. Avaliação de Programas. Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M. M. **Evaluation of the acceptability of the user / family on the Family Health Strategy**. Ribeirão Preto, 2008. 164 p. Thesis (Doctoral degree). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing

The study was conducted in municipality of the State of Bahia-Brazil. The objective was to evaluate the acceptability of the user / family on the Family Health Strategy (ESF). A study was conducted Quantitative and qualitatively, which is developed from an adaptation of the model proposed by Donabedian evaluation of structure-process-result. In collecting data were used: the observation, the semi-structured with the team, manager and coordination of ESF, in addition to research on forms for the community. He was selected one of the Family Health Unit of the urban area, which was not mixed unit, which was along the lines advocated by the Ministry of Health, taking team of oral health and Local Council of Health Research was conducted during the period of 20 November to December 1, 2007. We interviewed 12 professionals, the sample of users was intentional, according to who was at home at the time of collection of data, provided that the user was USF and had interest in participating in the study, thus participated in the study 217 participants, and 193 women and 24 men. There was 120 hours of observation. The figures were presented in tables, often generated with the use of SPSS ® for Windows, version 11.0. For qualitative data was used to thematic analysis. Results found himself an adult population with an average age around 41 years. It was identified that most participants had low education. For better understanding of the analyses was used Flow Analyser which presented respectively, the critics us, the noise and the events propellants of acceptability. In the structure we found was critical of access of geographic districts 1 and 3, and also the distance to the hospital in the area of the municipality, the obtaining of tokens for dental surgeons, and the rotation of professional doctor. In relation to noise found the physical area was generates dissatisfaction. In evaluating the process were found noise important that interfere in acceptability as the non-use of technologies light by some practitioners of USF, the absence of groups and the lack of health education; the absence at the time of dental surgeons. Even as noise was observed in case a high percentage of people who use other health services. As events propellants of acceptability: The majority of respondents participating in any program offered by the ESF, the majority also states already have conducted some laboratory tests. The use of technologies by some professional light and flexibility of access. Already relationship with the assessment result we identified himself as the critical distance between the hospital and area, the non-availability of all examinations, prenatal care in the city, and referrals to specialists in consultation with other municipalities. As events propellants of acceptability: it was observed that most of the community knows the team of health professionals in the family, the majority is also satisfied with the treatment received and the majority of professionals in the opinion of the users received notes above average 7. The Local Council of Health was perceived as an important instrument for effecting social participation. The results indicate positively to the acceptability of the ESF regarding the qualification of the production of health at the local level

Keywords: Family Health Program. Program Evaluation. Patient Acceptance of Health Care.

RESUMEN

OLIVEIRA, M. M. Evaluación de la aceptabilidad del usuario/familia en la Estrategia de Salud de la Familia. Ribeirão Preto, 2008. 164 p. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo

El estudio se realizó en lo ayuntamiento del Estado de Bahia-Brasil. El objetivo fue evaluar la aceptabilidad del usuario/familia en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se realizó un estudio Cuantitativo y cualitativo, que fue desarrollado a partir de una adaptación del modelo propuesto por Donabedian con la evaluación de la Estructura-Proceso-Resultado. En la recopilación de lo datos se utilizaron: la observación, la entrevista semi-estructurada con el equipo, el gerente y la coordinación de la estrategia, además de la investigación sobre las formas de la comunidad. Él fue seleccionado uno de la Unidad de Salud Familiar de la zona urbana, que no se mezcló con unidad tradicional. El trabajo se fue en la línea defendida por el Ministerio de Salud, teniendo equipo de salud bucal y del Consejo Local de Salud. La investigación fue realizada durante el período de 20 de noviembre al 1 de diciembre de 2007. Fue hecha entrevista con 12 profesionales, la muestra de usuarios fue intencional, de acuerdo con que estaba en casa en el momento de la recogida de datos, pero tência qué ser usuario de la unidad USF y había que tener interés en participar en el estudio, por lo tanto, participaron en el estudio 217 participantes, y 193 mujeres y 24 hombres. Hubo 120 horas de observación. Las cifras se presentan en las tablas, a menudo generadas con el uso de SPSS para Windows®, versión 11,0. Para los datos cualitativos se utilizó la temática. Los resultados se encontró una población adulta con una media de edad alrededor de 41 años. Se identificó que la mayoría de los participantes había un bajo nivel de estudios. Para una mejor comprensión de los análisis se utilizó el Flujo Analizador que presentaron, respectivamente, los enredos críticos, el ruido y los acontecimientos propulsores de aceptabilidad. En la estructura que encontramos fue crítico con el acceso geográfico de los distritos 1 y 3 y también la distancia al hospital en la zona del municipio, la obtención de citas para cirujanos dentistas, y la rotación de profesional médico. En relación con el ruido encontró el área física se genera insatisfacción. Al evaluar el proceso se encontraron importantes datos de ruido que interfieren en la aceptabilidad como la no utilización de las tecnologías relacionales por parte de algunos profesionales de la USF, la ausencia de grupos y la falta de educación para la salud, la ausencia en el momento de cirujanos dentistas . Aun cuando el ruido se observó en el caso de que un alto porcentaje de personas que utilizan otros servicios de salud. Como eventos propulsores de aceptabilidad: La mayoría de los encuestados que participan en cualquier programa ofrecido. La mayoría también afirma que ya han realizado algunas pruebas de laboratorio. El uso de las tecnologías por parte de algunos profesionales facilitan el acceso. Ya relación con la evaluación del resultado que se identificó como la distancia crítica entre el hospital y el área de la comunidad, la falta de disponibilidad de algunos de los exámenes para la atención prenatal en la ciudad, y derivaciones a especialistas en consulta para otros ayuntamientos. Como eventos propulsores de aceptabilidad: se observó que la mayor parte de la comunidad conocé el equipo de profesionales de la salud en la familia, la mayoría también está satisfecho con el trato recibido y la mayoría de los profesionales en la opinión de los usuarios recibieron notas por encima de la media 7. El Consejo Local de Salud se percibe como un instrumento importante para hacer efectiva la participación social. Los resultados indican positivamente a la aceptabilidad en la Estrategia de Salud de la Famíliay suya relación con la calificación de la producción de salud a nivel local.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar. Evaluación de Programas. La aceptación por los pacientes de la atención de la salud.

APRESENTAÇÃO

O interesse no trabalho e na pesquisa da Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu ainda na graduação, durante a realização da disciplina de Saúde Pública, na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (FEO-UFPEL).

O interesse nascia como um sonho profissional que se intensificava à medida que ia conhecendo a sua teoria e prática, bem como as melhorias associadas, como, por exemplo, a diminuição da mortalidade infantil e mortalidade materna, a proposta do trabalho multiprofissional¹ e a responsabilização pela atenção da saúde da família (BRASIL, 2000).

A realização da Universidade Solidária² (UNISOL) em um município do interior do Estado do Ceará-CE possibilitou o grande encontro com a ESF. A partir desse momento, meu percurso profissional foi definido, pois os caminhos como enfermeira e pesquisadora da ESF foram os escolhidos. A experiência no projeto UNISOL foi um acontecimento muito importante em minha formação que, certamente, levarei comigo por toda vida, através da busca incessante de melhores condições de saúde e de vida para toda a sociedade.

Com essa experiência, surgiu a primeira oportunidade de trabalhar com uma equipe multiprofissional. Esta foi uma experiência singular, porque, a partir daí, consegui acompanhar na prática a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) e a importância de promover saúde, e não somente tratar doenças.

Após seis meses da realização do UNISOL, veio a formatura e, logo, a experiência como enfermeira da ESF, em um município do interior do Estado de Goiás. Tal experiência possibilitou o trabalho na comunidade, com famílias de diferentes extratos sociais adscritas em uma mesma área de cobertura da equipe. Com isso, foi possível entender, na

¹ Neste estudo, equipe multiprofissional deve ser entendida como a recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, concomitantemente, flexibilizar a divisão do trabalho, preservar as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados, argüir a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e de seus respectivos agentes, bem como nos processos decisórios, e considerar a interdependência dos trabalhos especializados no exercício da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção em saúde (PEDUZZI, 2000).

² O programa UNISOL foi criado em 1995 pela Comunidade Solidária com o objetivo de mobilizar equipes universitárias, compostas por professores e alunos, para o desenvolvimento de atividades comunitárias em favor de municípios e comunidades do Brasil, buscando vencer dificuldades de informação, promovendo a articulação e organização das localidades. Possibilitando, assim, aos estudantes a oportunidade de desenvolverem projetos e ampliarem seus conhecimentos sobre diferentes realidades brasileiras, fortalecendo a criatividade, a liderança e a responsabilidade social dos futuros profissionais (UNISOL, 2003).

prática, o contexto organizacional daquelas famílias sobre o processo saúde-doença e a forma de utilização dos serviços de saúde, visto que antes da implantação da Unidade de Saúde da Família (USF) foram feitos o diagnóstico situacional e o plano de ação.

Além disso, foi possível trabalhar com a lógica da promoção da saúde, entendendo o processo saúde-doença sob as mais variadas perspectivas, estimulando o autocuidado e também o cuidado mútuo. Por isso, além de todo processo de trabalho voltado para a promoção da saúde, como, por exemplo, a criação de grupos para educação em saúde e acompanhamento de usuários, criação de hortas, imunização, prevenção do câncer de colo uterino (PCCU), entre outros, também eram atendidos usuários acamados e necessidades pontuais. A gestão e a equipe estavam comprometidas com a integralidade das ações e com a organização da assistência. Nessa mesma ocasião, desenvolvi atividades docentes de ensino prático no Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem (PROFAE).

No entanto, sentia muita necessidade de dar seguimento à minha qualificação profissional. Assim, decidi me inscrever na seleção para o mestrado, sendo aprovada no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

A realização do mestrado na EERP/USP foi fundamental para minha qualificação profissional, porque proporcionou não apenas a aquisição de um enriquecimento teórico-metodológico, como também prático, associado à realização do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE). Juntos, o mestrado e o PAE representaram à construção de um conhecimento teórico/prático integrado, uma vez que a necessidade do mestrado nasceu de observações sobre a práxis relacionada à PCCU na ESF, a qual foi mais bem entendida com a oportunidade de pesquisa e estudo e com a convivência com pesquisadores bastante comprometidos com a qualidade das práticas da APS. Como resultado desses diferentes momentos, foi elaborada a Dissertação de Mestrado intitulada: **“A prevenção do câncer do colo do útero no contexto da Estratégia Saúde da Família da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho no município de Ribeirão Preto-SP”**.

Entre os resultados, observou-se que a ESF apresenta potencialidades para qualificar as práticas assistenciais da PCCU, possibilitando uma maior oferta de acesso, o fortalecimento do vínculo e a promoção do autocuidado. Trabalhando com tais conceitos na dissertação, pôde-se perceber o quanto a teoria associada à prática e o uso das tecnologias

relacionais (leves) e estruturantes (leves-duras e duras)³ são fundamentais para a concretização da ESF e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, após a conclusão do Mestrado, voltei a trabalhar como Enfermeira da ESF em um município do interior do Estado do Espírito Santo. O trabalho no município, o compartilhar a vida da comunidade e o encontro com profissionais e gestores também comprometidos com a lógica nuclear da APS: “Saúde Para Todos” apresentou a possibilidade de aplicar e desenvolver na prática assistencial os achados da dissertação, tanto na área da saúde da mulher, principalmente na humanização da técnica da coleta do exame papanicolau, quanto na assistência direcionada a outras áreas que integram o fazer saúde da família.

O recorte da dissertação de mestrado focalizou a PCCU, mas na prática do trabalho como enfermeira foi possível transportar os resultados para a assistência como um todo, considerando o fortalecimento do trabalho em equipe, a centralização do cuidado no usuário e também na sua família, o estímulo ao autocuidado e à ajuda mútua, o acolhimento e a educação em saúde, utilizando-se o método da educação popular em práticas de educação em saúde. Todo o conhecimento adquirido com o mestrado também influenciou a organização do trabalho na unidade, uma vez que também exercia a função de coordenadora da USF.

Nessa mesma época, também desenvolvia atividades docentes, de ensino teórico e prático, no PROF AE. O ensino foi surgindo como uma necessidade profissional, estimulado pela realização do mestrado, do Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino (PAE) e das experiências de trabalho no PROF AE.

A partir desse conjunto de experiências, decidi ingressar na Carreira do Magistério Superior, por meio de concurso público na Universidade Federal da Bahia (UFBA), como Professora Assistente da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem Comunitária (DECOM), na Escola de Enfermagem da UFBA. Na referida disciplina, tenho buscado aprofundar o conhecimento sobre a ESF, seus objetivos, seus princípios e sua implantação.

Em 2005, após o ingresso na UFBA, iniciei o Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Mantive a motivação de continuar investigando a ESF, porém com recorte na avaliação. Neste sentido, foi proposto o estudo sobre **“A avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família”**, em

³ As tecnologias leves são as tecnologias de relação, do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão, como forma de governar processos de trabalho. As leves-duras são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. Já as tecnologias duras são equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY *et al.*, 1997).

um município da região metropolitana de Salvador –BA. Tal local selecionado para a pesquisa se justifica tanto pelo meu histórico pessoal de envolvimento com essa estratégia, como pela busca constante de maior aproximação e qualificação com as práticas de saúde da família na região metropolitana de Salvador-BA e do Estado da Bahia, considerando a relação com a docência na área da saúde em uma Universidade Pública deste mesmo Estado.

Esta investigação está vinculada à linha de pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Constitui uma parte da construção de conhecimento do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO), criado em 1988 e cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No Doutorado, tive a oportunidade de cursar disciplinas que contribuíram com este projeto de estudo, tanto para organização do referencial teórico, como para a organização da metodologia. Foi nesse período que o objeto de estudo foi delineado: avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a ESF, uma vez que, anteriormente, tinha o desejo de trabalhar com a resolutividade da ESF, mas não havia projetado sob qual recorte. Entretanto, ao participar de disciplinas sobre avaliação, gestão de serviços, família e construção de trabalhos científicos, surgiu o recorte do estudo: a avaliação de aceitabilidade do usuário na perspectiva da adaptação da proposta de Estrutura-Processo-Resultado de Avedis Donabedian.

Desse modo, passei a entender que a avaliação da aceitabilidade pode ser dada a partir da avaliação de resultado, justamente por ser ela um dos produtos finais da intervenção em saúde. Não percebo, no entanto, a possibilidade de analisá-la apenas no resultado, sem considerar também a Estrutura e o Processo, pois creio que estas dimensões contribuem para elaboração do produto final, a aceitabilidade (satisfação) dos usuários.

Ademais, outra oportunidade interessante contribuiu para a metodologia deste estudo, no que se refere à organização da proposta da coleta dos dados, qual seja a participação na equipe técnica do Estudo Qualitativo que avaliou, em profundidade, a USF de um bairro no município de Chapecó-SC e a USF de um bairro no município de Recife-PE, nos meses de outubro e novembro de 2005. O Estudo Qualitativo juntamente com o Estudo de Linha de Base (ELB) integram o Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o qual foi realizado por pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Departamento de Medicina Social

da Faculdade de Medicina e por pesquisadoras do Departamento de Enfermagem da FEO-UFPEL, coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2007, surgiu mais uma grande oportunidade que, seguramente, contribuiu para a soma de conhecimento, favorecendo minha qualificação acadêmica e docente, além de propiciar uma maior aproximação com a internacionalização do conhecimento, tanto na área de enfermagem, como da própria saúde pública, atenção primária e saúde da família em diferentes sistemas de saúde na Europa. Isso devido ao fato de ter sido contemplada com uma bolsa de estudos do Programa de Mobilidade Internacional de Pós-Graduandos Santander/Banespa para realizar estágio no exterior.

O estágio foi realizado no Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Madri (UAM), entre maio e outubro de 2007. Tal experiência contribuiu para intensificação de práticas investigativas, contemplando tanto a pesquisa qualitativa, como a pesquisa quantitativa, e ajudando no fortalecimento do objeto de estudo da minha Tese de Doutorado.

Entre as atividades desenvolvidas, foi possível participar de discussões sobre a educação em enfermagem durante encontros com professores de enfermagem em Madri, sobre a formação do profissional enfermeiro na Espanha, na Europa e no Brasil. Ainda, nesse período, participei pessoalmente ou com envio de trabalhos científicos em um evento internacional de enfermagem realizado na cidade de Toledo Espanha. Pude organizar quatro artigos, entre eles, dois relativos à dissertação de mestrado, sendo que um já foi publicado, e dois relativos ao trabalho do enfermeiro em APS no Brasil e na Espanha.

Acompanhei durante dois meses a rotina de um Centro de Atenção Primária, sob a orientação de uma das enfermeiras do referido serviço, tendo a possibilidade de estar junto a outros profissionais médicos e enfermeiros. Além disso, fiz visitas domiciliares na área de abrangência do Centro de Saúde de Atenção Primária e, também, realizei uma pesquisa de satisfação com os usuários desse mesmo centro, além de entrevistar os profissionais e realizar observação.

No Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Microbiologia da Faculdade de Medicina da UAM foi possível ser orientada por um Professor Catedrático em APS. Ele fez grandes contribuições para a metodologia da tese. Ademais, fiz um curso de Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 13.0. Muitas vezes debatemos sobre meu projeto de Doutorado e a importância de se tentar fazer uma pesquisa avaliativa que contemplasse também uma proposta quantitativa, justamente como realizada no projeto aplicado ao Centro de Atenção Primária do Bairro do Pilar em Madrid.

O apoio de minha orientadora e do professor-tutor responsável pelo doutorado-sanduíche na Faculdade de Medicina da UAM possibilitou a oportunidade de criação, construção e desenvolvimento de um olhar mais amplo e integral do fazer pesquisa em saúde. Por isso, assumi o compromisso acadêmico e docente de seguir difundindo a importância de experiências como essas para pós-graduandos e cursos de pós-graduação, sejam eles da área de saúde ou outras, para as universidades em geral, bem como para a sociedade como um todo.

A justificativa para realização deste estudo está na essencialidade da APS e na qualidade da saúde das pessoas e de suas famílias, uma vez que surge no palco das decisões a necessidade de avaliação do usuário/família sobre os programas de saúde. Esse fato indica a necessidade de pesquisas sobre a aceitabilidade da ESF, que este ano completou quinze anos de criação, para que se possam produzir conhecimentos úteis para gestores, profissionais e usuários, e conselheiros a fim de consolidar a integralidade da assistência e a participação social⁴.

O tema é relevante, pois, conforme estudos realizados anteriormente, a ESF vem apresentando resultados importantes nos marcadores e indicadores de saúde, tendo inclusive prioridade na mobilização de recursos por se tratar de uma Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

⁴ Os conceitos de integralidade e participação social serão descritos adiante, durante a seleção dos indicadores.

**CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E O
REFERENCIAL TEÓRICO**

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo foi dividido em dois momentos sendo que no primeiro será apresentado um resgate histórico da APS e ESF e no segundo o modelo teórico de avaliação na ESF, para que se possa compreender a construção do objeto de estudo (avaliação da aceitabilidade) na perspectiva do Referencial Teórico da APS.

1.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família no Brasil

Inicialmente é importante contextualizar a história da APS com a trajetória brasileira da ESF, apresentando a justificativa teórica para construção do objeto de estudo.

Durante a década de 20, na Grã-Bretanha, foi elaborado um informe oficial do governo que tratava da organização do sistema de serviços de saúde. Este documento apresentava três níveis importantes de serviços de saúde: centros primários de saúde, centros secundários de saúde e hospitais-escola. Estes deveriam ter suas funções diferenciadas e deveriam manter ligações formais de acordo com a complexidade dos problemas (STARFIELD, 1992). A partir deste momento, muitos países decidiram organizar a atenção a saúde em níveis de atenção que seriam responsáveis pelos níveis de necessidades dos seus usuários, segundo o grau de complexidade.

Por meio do entendimento que se tem desta organização por níveis de atenção é possível entender que nos centros primários de atenção se realizavam atendimentos de menor densidade tecnológica e também de prevenção.

Neste contexto mundial, o Brasil do século passado, realizava assistência a saúde ligada às práticas de higiene e aos movimentos campanhistas (BERTOLLI FILHO, 2001). Neste momento histórico, ainda não existia um sistema de saúde com a lógica da organização do sistema de serviços de saúde em níveis de atenção a saúde.

Os movimentos campanhistas foram precursores da medicina preventivista da década de 50 e 60, o qual reelaboraram as questões de higiene e educação sanitária.

Ainda na década de 60, surge a Medicina Comunitária com a finalidade de racionalizar custos da assistência médica, aumentar a cobertura dos serviços públicos e levar assistência básica às pessoas pobres (FEIX, s.d.).

Com base na reelaboração das noções da Medicina Comunitária surgiram as propostas da Reforma Sanitária e da Programação em Saúde, que particularmente no Brasil, inauguraram os primeiros passos para uma ampla reforma médico-sanitária, trazendo a proposta de um Sistema Nacional de Saúde que fosse voltado para a integralidade⁵ da assistência.

Os ideais da Reforma Sanitária tomaram um impulso maior com a realização da 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, onde ficou decidido, por unanimidade, que a principal meta social dos governos deveria ser a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde no ano de 2000, que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (STARFIELD, 2002).

No ano seguinte, em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, na antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef).

Nessa conferência também foi definido e outorgado o reconhecimento internacional da APS. A visão da APS expressa nos princípios e recomendações da Declaração de Alma Ata destaca o estabelecimento de uma nova plataforma de política sanitária internacional que marcou o início de uma nova estratégia para melhorar a saúde coletiva da população mundial (OPAS, 2003).

Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a APS é essencialmente uma assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram importante impacto no pensamento sobre APS.

Nessa conferência foram definidos, também, os elementos essenciais da APS: a educação sanitária, o saneamento básico, o programa materno-infantil, a imunização e o planejamento familiar (MENDES, 2002).

⁵ Refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui em uma totalidade, assim, cada pessoa constitui um todo indivisível da comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma se constituem em um todo, não podendo ser dividida; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (SANTINI; GOULART; REIS, 1991).

Os princípios, enunciados nesta conferência, trataram do tópico sobre APS, que foi mais tarde definida na reunião subsequente da OMS, em maio de 1979, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, sistema este do qual a função é central, e o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS, 1978 p.1).

Starfield (2002) argumenta que o conceito de APS pode ser facilmente apreendido pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. A qualidade da APS depende da harmonia e garantia desses seis princípios ordenadores (MENDES, 2002).

De acordo com a interpretação de Mendes (2002) é possível observar e entender o significado de cada um dos seis princípios da APS.

O **primeiro contato** implica acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema, ou novos episódios de um mesmo problema. A **longitudinalidade** requer a existência do aporte regular de cuidados oferecidos pela equipe de saúde, bem como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde da família, seus indivíduos e familiares. A **integralidade** exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

A **coordenação** implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A **focalização na família** torna indispensável considerar a família como o sujeito da atenção o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social, bem como o conhecimento integral dos seus conhecimentos sobre saúde. A **orientação comunitária** pressupõe o reconhecimento das necessidades da comunidade, promovendo ações intersetoriais motivadas pela participação da comunidade.

A APS priorizou a promoção da saúde, reivindicando o caráter antecipatório da ação sanitária, desmedicalizando a saúde pública, transformando os paradigmas da prática da saúde pública, incorporando a participação social e comunitária e a coordenação intersetorial como componentes estratégicos das transformações na área da saúde (OPAS, 2003).

Starfield (1992; 2002) refere que, pelo fato da APS trabalhar com os problemas ou necessidades mais comuns, os usuários passam a ter acesso a uma atenção contínua ao longo do tempo.

Pode ser também entendida como a porta de entrada dos serviços de saúde, com uma abordagem tecnológica específica, que trabalha com necessidades básicas de saúde que se revelam complexas (STARFIELD, 2002).

Segundo Mendes (2002, p.10), existem três interpretações principais da APS:

[...] como atenção primária seletiva (um programa específico destinado às populações e regiões pobres as quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica; a APS como primeiro nível do sistema de serviços de saúde (modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas comuns de saúde, para minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas da população restritas às ações do primeiro nível), e a APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (forma de reorganizar, reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demanda e representações da população o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde).

Em meio às diferentes interpretações teóricas apresentadas para conceituar a APS, é necessário que seja eleita, aquela que melhor poderá contribuir para a qualidade das práticas oferecidas aos usuários, o qual aparece contemplada na terceira conceitualização, uma vez que considera a APS como uma estratégia de organização do serviço.

Para que todas estas mudanças ocorram é preciso transformar também o modelo tecno-assistencial⁶ sob a luz de conceitos e propostas que trabalhem com a lógica real de uma “saúde para todos” com qualidade.

O processo de inserção da APS, no Brasil, teve seu início no final da década de 70, enfatizando a extensão da assistência à saúde à população rural, representada pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Este programa tinha

⁶ É a exposição das diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a área de saúde, expressando, assim, os interesses políticos de determinados agrupamentos sociais. Procurando apresentar um modelo a partir das relações que se estabelecem entre as ações de saúde e o conjunto das práticas e políticas existentes em uma sociedade específica (MERHY et al., 1991).

o objetivo de aproveitar recursos comunitários, de trabalhar com baixo custo e de envolver a comunidade com o planejamento e execução das ações de saúde (VERAS, 1988).

A APS, seja ela no Brasil, na Espanha ou em qualquer outro país desde seu projeto de implantação traz consigo os princípios da APS: primeiro nível de assistência e atenção continuada à saúde, acesso universal à saúde pelos indivíduos e suas famílias, integralidade das ações, dando ênfase principalmente ao desenvolvimento social e econômico (STARFIELD, 2002).

Sendo assim, no caso do Brasil é esperado que as ações da saúde da família ofereçam uma assistência diferenciada e de qualidade às pessoas.

Retomando o processo de inserção da APS no Brasil, foi necessário pensar na reformulação do Sistema Nacional de Saúde, para que este pudesse viabilizar os princípios da APS. Isso se deu com maior intensidade em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, através dos defensores dos ideais da Reforma Sanitária, da sociedade civil, de instituições de saúde, dos sindicatos, dos técnicos e do governo, que conseguiram dar impulso ao início das transformações na área da saúde daquela época. Para isso propuseram ampliação do conceito de saúde como direito e propuseram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com definições de atribuições dos níveis federal, estadual e municipal (AGUILERA; BAHIA, s.d.).

O SUS foi legalmente instituído pela Constituição Brasileira de 1988, onde ficou estabelecido, que a saúde seria direito de todos e dever do Estado e, por isso, todos deveriam ter acesso às ações de saúde em todos os níveis, sem qualquer forma de discriminação, sendo responsabilidade do Estado garantir este direito (SANTINI; GOULART; REIS, 1991).

Na área da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que realiza duas classificações, diferenciando, os indivíduos em indigentes e segurados da previdência social. O SUS trouxe a oportunidade de reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as regiões do país, diminuindo iniquidades no acesso às ações em saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

As Leis Orgânicas de Saúde foram instituídas com o objetivo de definir o SUS, garantir o financiamento e potencializar a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde orientados pelo SUS (LOS nº 8.080/90 e 8.142/90) (BRASIL, 2002a).

As políticas de saúde no Brasil foram redirecionadas com a criação do SUS. A partir de sua criação foi possível uma crescente preocupação com a garantia do acesso e organização/financiamento da APS. Para tanto, foi necessário à reorientação do modelo

tecnicoassistencial, uma vez que foi observada a incompatibilidade do modelo biomédico, na época hegemônico, com as propostas de mudança na organização dos serviços de saúde por meio dos princípios do SUS.

A partir daí observou-se um empenho maior das políticas de saúde para fortalecer a atenção básica, uma vez que o modelo biomédico por muitos anos beneficiou a atenção hospitalar em detrimento das ações básicas de saúde (BRASIL, 2000).

A lei confere aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) as atribuições de **atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde**. Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da Gestão, que são: planejamento, orçamento, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação. Cada um dos quatro segmentos que integram obrigatoriamente o CMS (Usuários, Prestadores de Serviços, Profissionais e Governo), são naturalmente defensores das reivindicações específicas do segmento e dos associados das entidades, que por sua vez, foram criadas para dirigir a conquista dessas reivindicações. (BRASIL, 2002a).

O fortalecimento da atenção básica nasce na proposta de criação do SUS, na sua institucionalização, nas suas diretrizes e nos seus princípios e leis que ofereceram suporte a reorganização da atenção básica em nosso país, com a municipalização da saúde, a criação do Piso de atenção básica, as Normas Operacionais Básicas, a criação do PACS e ESF a nível nacional, o lançamento de recursos fundo a fundo e as NOAS, entre outras, favoreceram posição de destaque da atenção básica no nível nacional, saindo ela, da não merecida marginalidade em que foi mantida pelas políticas de saúde até o final dos anos 80 do século vinte.

O SUS contempla princípios doutrinários e diretrizes organizativas que se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde, estando em sintonia com os preceitos do bem estar social, e da racionalidade organizativa (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

No parágrafo abaixo é possível observar os princípios do SUS (BRASIL, 1988 p.1):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988 p.1):

A decisão política que institui o SUS e reorganizou a rede assistencial com uma política de descentralização e universalização do acesso da população à atenção básica foi o norte inspirador da implementação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros.

A ESF foi precedida pela criação do PACS no âmbito nacional, no ano de 1992 que enfocava a atenção à saúde das famílias como unidade de ação programática de saúde, sendo introduzida à noção de área de cobertura (BRASIL, 2002b).

No ano de 1993, por meio da Portaria n° 692 iniciou o processo de implementação da ESF no território nacional (VASCONCELLOS, 1998).

A ESF representa ações combinadas por meio da noção ampliada de saúde que tem por finalidade reunir atributos que favoreçam o encontro das pessoas com a felicidade e produtividade. Esta estratégia propõe humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário com estreito relacionamento destes com os profissionais, estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Esta estratégia tinha como função inicial oferecer suporte ao trabalho realizado pelo PACS, que já assistia famílias desde 1991. Embora o PACS já estivesse articulado com a mudança do modelo assistencial, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estavam, pois atendiam sob a lógica do modelo tradicional (SOUZA, 2000).

A ESF foi lançada oficialmente, no país, pelo Ministério da Saúde no ano de 1994 (BRASIL, 2002b). Foi apresentada com o nome Programa Saúde da Família (PSF), entendido como uma estratégia de re-orientação do modo de produção em saúde. Entretanto, uma estratégia tão importante quanto esta não poderia ser apenas simplificada a um programa, ação que geralmente se dá verticalizada as necessidades de saúde da população, atendendo preferencialmente alguns grupos.

O Ministério da Saúde, inicialmente, concebeu a saúde da família como um programa, no entanto com a expansão e com o impacto positivo em alguns indicadores de saúde, passou a considerar a saúde da família como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, sendo essa substitutiva da rede básica tradicional (BRASIL, 2002b).

Por isso, muitos autores, entre eles Chiesa et al (2001) argumentaram que a Saúde da Família não deve ser considerada como um programa pontual no tempo e no espaço, devendo ser entendida a partir da compreensão de “estratégia” que propõe a integração e organização das atividades em um território definido, com vistas à saúde do indivíduo/família e das comunidades.

A ESF tinha como função inicial oferecer suporte ao trabalho realizado pelo PACS, que já assistia famílias desde 1991, como já mencionado. Embora o PACS já estivesse articulado com a mudança do modelo assistencial, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estavam conseguindo dar suporte ao serviço dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que a lógica dessas unidades estava voltada para a consulta médica, para a doença e para a prática curativa e não para uma atenção realmente integral, essencial para as comunidades (SOUZA, 2000).

A ESF foi inspirada na experiência pioneira e bem sucedida em saúde da família do município de Quixadá-CE. No Brasil, a saúde da família pode ser considerada um modelo autóctone, ainda que se deva reconhecer que recebeu influências de programas semelhantes, como o de Cuba, Inglaterra e Canadá (MENDES, 2002).

Nesse período a ESF priorizava sua implantação em áreas de maiores riscos sociais, como por exemplo áreas populacionais residentes na área de fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sendo, posteriormente, implantada em municípios inseridos no programa Comunidade Solidária ou no programa de redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2002b). Atualmente, a proposta é de expansão da cobertura a todos municípios brasileiros, inclusive, os de médio e grande porte (MENDES, 2002).

A organização da equipe de saúde da família focaliza a importância da multiprofissionalidade, por isso, cada equipe é composta, essencialmente, por um médico, um(a) enfermeiro(a), um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS, e uma equipe de saúde bucal composta de um cirurgião dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e um Técnico de Higiene Dental (THD) que somados, buscam assumir um trabalho multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vivem em média seiscentas a mil famílias.

O conceito de saúde que permeia todo o desenvolvimento da ESF está baseado no conceito de saúde que permeia a Carta de Ottawa, sendo saúde então definida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (OPAS, 2006).

A Carta de Ottawa foi aprovada na “I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde”, realizada em Ottawa-Canadá, no ano de 1986. A promoção da saúde foi definida nesta conferência como o: um processo que capacite as pessoas e as coletividades

para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhora das condições de vida e de saúde dos povos (BRASIL, 1996).

Ela trabalha com mecanismos como o autocuidado (o usuário desenvolve o compromisso com a manutenção de sua saúde), a ajuda mútua (os usuários desenvolvem o compromisso de ajudar outros usuário e de serem ajudados), e a criação de condições e meios que favoreçam a saúde (EPP, 1996).

Supõe-se com isso, a instituição de uma nova ordem governamental, seja do setor saúde, do município, do país, com uma gestão complexa, integrada e participativa, que permita não só o desenvolvimento da saúde como o desenvolvimento social, econômico e sustentável.

A partir da concepção de saúde, definida na Carta de Ottawa ficaram definidos compromissos para a implementação da Promoção da Saúde nos mais diversos setores da organização pública, entre eles o setor político, econômico, cultural, ambiental, comportamental e biológicos (WESTPHAL, 2006).

Isso influi de forma decisiva na mudança do processo de trabalho da equipe saúde da família, uma vez que a ação intersetorial e interdisciplinar será considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (OLIVEIRA, 2003).

A saúde da família toma como base, alguns princípios operacionais, entre eles a integralidade das ações e a equipe multiprofissional, considerando que estes instrumentos possuem maior proximidade com a complexidade das necessidades das pessoas na APS, promovendo maior resolutividade das necessidades ou problemas de saúde (BRASIL, 2003).

A ESF incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 2001).

Segundo Souza (2000), esta estratégia assistencial apresenta a valorização do vínculo com a população, a garantia de integralidade na atenção, o trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, a ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, a territorialização⁷ e o estímulo à participação da comunidade, entre outros, consolidando, assim, o encontro com os princípios do SUS.

⁷A territorialização, está sendo entendida, segundo o conceito de território de Mendes et al (1995, p. 166): [...] um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social [...], o território processo transcende a sua redução a uma superfície solo, e as suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, [...], político, econômico, cultural e epidemiológico [...], ele é entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias.

Brasil (2003) refere que a ESF foi considerada pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo tecno-assistencial. Esta estratégia pode ser definida como uma estratégia de inclusão, por visar a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 804) definem a ESF como:

[...] um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto sócio-econômico, cultural, e epidemiológico da comunidade em que está inserido (BARRETO; BEZERRA; 206, p.804)

A equipe de saúde da família deve conhecer e cadastrar as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002b).

Com a implantação da ESF, se percebe a ênfase crescente no desenvolvimento de estudos, cuja abordagem tem como foco principal, a família. Esta perspectiva vem de forma inovadora mudar a forma da atenção básica, no Brasil, onde a estrutura foi direcionada a promoção da saúde voltada à família, nos seus mais variados contextos (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

A família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis e das relações de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio. Atualmente, constitui provavelmente o mais importante contexto no qual as ações de saúde materializam-se, buscando solucionar o processo saúde-doença (CIANCIARULLO, 2002).

É importante analisar esta linha de pensamento e inferir que a família pode ser um dos maiores recursos no cuidado ao usuário, seja no sentido da prevenção, seja no sentido da proteção e da promoção.

A família deve ser entendida e assistida em sua totalidade, pois cada família sua história social, cultural de vivência e existência na sociedade, cada qual terá sua dinâmica de relação com as práticas e processos do binômio saúde doença.

No Manual de Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) o conceito de família, que foi inserido na prática dos profissionais da ESF, significa o “Conjunto de pessoas ligadas por parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados” (BRASIL, 1998, p.6).

O enfoque familiar tem uma característica diferente do modelo hegemônico de atenção a saúde, não se baseia unicamente na cura da doença do indivíduo, pelo contrário, dá ênfase substantiva as ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento primário, mas estendem-se ao meio familiar e social. Este enfoque considera a família como nicho ideal do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas e de prevenção e de promoção da saúde (SECLLEN-PALACIN, 2004).

A responsabilização dos profissionais de saúde com relação à saúde de famílias de um dado território apresenta potencialidades para resgatar o vínculo, característica essencial da APS, além de resgatar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS. Por possuir vertente municipalista, estimula a aproximação dos serviços com sua comunidade, fortalecendo o controle social e a participação popular (BRASIL, 2003).

A equipe de saúde da família, segundo Peduzzi (2000), trabalha pensando na obtenção de produtos ou resultados dos problemas de saúde de uma demanda social que muitas vezes traz consigo problemas ou necessidades bastante particulares e de extrema complexidade, por envolverem determinantes variados.

No entanto, para que todas estas propostas se concretizassem foi necessário não só propor uma mudança no modelo tecno-assistencial, mas também providenciar e garantir o financiamento destas práticas para que se impulsionasse a descentralização dos recursos e a municipalização da saúde.

Pensando na operacionalização da descentralização dos recursos foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas⁸ (NOB) editadas em 1991, 1993, 1996 (BRASIL, 1999).

A NOB de novembro de 1996 foi fundamental para a descentralização dos recursos e municipalização da saúde, uma vez que esta NOB-96, além de conceituar Atenção

⁸ As NOB são portarias do Ministério da Saúde que reforçam o poder da regulamentação da direção nacional do SUS, elas definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis de saúde (LEUCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Básica⁹, apresentou orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõem o Piso de Atenção Básica¹⁰ (PAB), assim como as responsabilidades dos municípios, enquanto gestores (BRASIL, 1997). Com a implantação do PAB (fixo e incentivos), e depois com o PAB variável a ESF passou a ter orçamento próprio e foi incluída no Plano Plurianual (PPA) do governo federal, em 1998 (BRASIL, 2003).

A portaria nº 396/GM (04/04/2003) do Ministério da Saúde, considerando a defasagem nos valores dos incentivos financeiros em 20% considera, ainda, a necessidade de um financiamento federal diferenciado para a implantação da ESF pelos municípios com mais de 100 mil habitantes. Os valores que variavam de R\$33.612,00 por equipe/ano para a menor faixa de cobertura populacional (até 4,9%) a R\$64.800,00 por equipe/ano para a maior faixa de cobertura (70% e mais) (BRASIL, 2003).

Apesar do reconhecimento, por parte dos gestores, do papel estratégico da Saúde da Família na reorganização da atenção básica e dos esforços da União no sentido de buscar melhores formas de financiamento para a ESF, a implantação e a expansão da estratégia vem se dando de forma muito tímida na Bahia (SANTANA, 2003).

Outro instrumento importante para a implantação da ESF foi a elaboração do SIAB em 1998 para acompanhar a implementação e monitorar os resultados da ESF. Este sistema é utilizado para coletar dados e orientar a avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas (BRASIL; 2002b).

Em 2001 foram elaboradas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/01 (NOAS) que apresentavam diretrizes organizacionais para assistência em saúde.

A NOAS 01/01 amplia as responsabilidades dos municípios na APS, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde em busca da equidade criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios. Ela foi elaborada para fortalecer a NOB 96, levando em consideração as contribuições dos Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Enfim resulta de um contínuo movimento de participação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do SUS.

⁹“É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999, p.9).

¹⁰ Constitui-se em um valor per capita repassado pelo governo federal aos municípios, que, somado às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a atenção básica à saúde (BRASIL, 1999).

Para assegurar a manutenção dessas diretrizes organizativas foi elaborada a NOAS 01/02, que oferecia alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta da implantação da NOAS 01/01.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde; – NOAS-SUS 01/2002 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Estes avanços norteados pelas NOAS 2001 e 2002 possibilitaram direcionar as práticas, fortalecendo o próprio sistema, na garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade, garantidos pela municipalização e participação social.

A USF é considerada a porta de entrada e o primeiro nível de atenção devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de atenção, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2002c).

Desde a implantação da ESF em março de 1994 até dezembro de 1999 existiam 4.114 equipes de saúde da família, atuando em 1.646 municípios. Em setembro de 2002, observou-se um crescimento significativo do número de equipes chegando ao número de 16.463 equipes, em 4.161 municípios (BRASIL, 2003). No ano de 2004 o número de equipes já totalizava 19.182 implantadas em 4.498 municípios brasileiros. No entanto, é possível perceber que a ESF em municípios com população superior a 100.000 habitantes e nas regiões Sul e Sudeste, ainda apresenta uma pequena expansão (UFPEL, 2005).

Em síntese, a ESF, ao longo dos anos apresentou uma significativa expansão, crescimento este que se mantém presente até os dias de hoje, motivada tanto pelo próprio Ministério da Saúde quanto por secretarias estaduais e municipais de saúde. No entanto, esta expansão não foi homogênea em todos municípios brasileiros, sendo que os municípios de pequeno porte apresentaram maior expansão, com maior cobertura ou cobertura total de sua população o que foi mais tardio em municípios de grande porte.

A tendência é de propagação da estratégia a todas cidades brasileiras, por isso foi realizado o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF). Este acordo foi selado entre o Governo Federal e o Banco Mundial, sendo colocado à disposição da estratégia a cifra de U\$\$ 550 milhões, para serem utilizados em sete anos nas atividades que envolvam a manutenção da ESF (BRASIL, 2002d).

O Brasil com a organização do SUS possibilitou a criação de outras estratégias dando rumos positivos na assistência, a ESF é um exemplo disso.

Bueno (1997) chama de “a cesta básica da ESF”. O que deveria de fato estar preocupando seria como são aproveitados estes recursos, como cada gestor municipal emprega esta verba que vem de bancos externos e Ministério da Saúde, como e de que forma estas verbas chegam em forma de benefícios à saúde das pessoas

Segundo a “Análise da avaliação da implementação da ESF em dez grandes centros urbanos” realizada pelo Ministério da Saúde, a ESF apresenta alguns avanços na expansão, como por exemplo, o aumento da cobertura assistencial e o incremento de algumas ações programáticas produzidas pela implantação como um significativo aumento nas consultas médicas de pré-natal (de 43, 8% para 93,7%); uma elevação na utilização do cartão da criança no acompanhamento e desenvolvimento infantil (de 53,1% para 98,3%); maior atendimento a hipertensão (13,9% para 96%), com simultâneo aumento no tratamento desses pacientes (de 34,8% para 98,5%) (BRASIL, 2002b).

Entretanto, na mesma avaliação realizada detectados três grandes grupos de problemas para a implementação da ESF: problemas relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde; monitoramento efetivo do processo e resultados da ESF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação; e a garantia da integralidade considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade (BRASIL, 2002b).

Na maioria das cidades de médio e grande porte, a implementação das equipes de saúde da família persiste com as características de uma expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias. Deste modo a expansão da ESF nos grandes centros urbanos do país constitui-se em um desafio a ser enfrentado para elevações mais significativas de sua cobertura populacional (BRASIL, 2002c).

Segundo Mendes (2002), a cobertura da ESF no Brasil está no momento de transição intermediária. Para esta análise da implantação, este mesmo autor propõe um modelo analítico composto por quatro momentos distintos: o momento de transição incipiente, momento de transição intermediária, momento terminal e o momento de consolidação da ESF.

O momento da transição inicial caracteriza-se por uma cobertura populacional entre 10% e 25% e pela quase inexistência de institucionalização, por isso esse momento pode apresentar grande instabilidade institucional. No momento da transição intermediária a

cobertura populacional encontra-se entre 25 e 50% e é caracterizada por um baixo nível de institucionalização. O momento de transição terminal caracteriza-se por uma cobertura populacional entre 50 e 70% e um grau de institucionalização significativo, ainda que distribuído assimetricamente nos diferentes espaços. Esse processo é mais lento nos espaços das representações da população por que pode envolver mudanças culturais profundas. E o momento de consolidação seria quando a estratégia contasse com 100% de cobertura populacional e com institucionalização integral das práticas (MENDES, 2002).

Ainda são escassos os estudos sobre o impacto da implantação da ESF no Brasil, e inexistentes em Salvador, Bahia (ARAÚJO; GUIMARAES, 2007).

A qualidade de atenção à saúde precisa ser fortalecida, e as práticas avaliativas, atualmente, surgem como mais um importante instrumento de gestores, profissionais/equipe, pesquisadores e usuários na conquista de maiores negociações sobre a equidade e representação social na garantia de direitos já conquistados na história da saúde brasileira.

1.2 Avaliação da aceitabilidade da Estratégia Saúde da Família

O termo avaliação vem do latim *valere* e refere-se a valorar, atribuir certo valor ou mérito a um objeto (ESCOBAR, 2002). Sendo assim, avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

Tanaka e Melo (2001) definem avaliação como um processo técnico administrativo destinado à tomada de decisão, envolvendo momentos de “medir, comparar e emitir juízo de valor”. Esses autores orientam a importância de dois componentes principais: a oportunidade, que se caracteriza por verificar se o momento é apropriado para realização da avaliação, e a audiência, isto é, a quem se destina o resultado da avaliação.

A avaliação aponta para o valor e essa discussão traz à tona a preocupação que muitos têm de emitir juízo de valor sobre algo. Isso precisa ser discutido com a finalidade de fortalecer a participação de todos envolvidos nos processos de avaliação (RIOS, 2006).

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) referem que não existe uma filosofia unívoca sobre avaliação, assim como não existe uma filosofia da ciência aceita universalmente. Na verdade, as diferentes abordagens (quantitativas e qualitativas) que

procuram definir valor ou mérito são as grandes responsáveis pela diversidade de pontos de vista sobre avaliação de programas.

Guba e Lincoln (1990) identificaram quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se fez com o desenvolvimento de conceitos e o acúmulo de conhecimentos.

Para tais autores, o primeiro estágio está baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência e da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é, essencialmente, um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitam medir os fenômenos estudados. O segundo estágio fortaleceu-se nas décadas de 20 e 30 do século XX e trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio está baseado no julgamento, isto é, a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio está emergindo na avaliação a partir do processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Logo após a segunda guerra mundial, apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos, entre eles, a educação e a saúde. Era necessário avaliar vantagens e custos, pois havia, na época, uma diminuição do poder econômico e aumento da participação do Estado nas áreas sociais (CONTANSTRIDIPOULOS, 1997).

No decorrer dos anos 70, houve uma expansão na avaliação das ações sanitárias em consequência da diminuição do crescimento econômico e da crescente participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde. Em decorrência do controle de custos, a avaliação na área sanitária tem grande prestígio na maioria dos países desenvolvidos, como, por exemplo, nos Estados Unidos, Canadá, França, Austrália, dentre outros, os quais acabaram criando organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias na área da saúde (CONTANSDRIOUPOULOS, 1997).

Percebe-se um interesse social pelo processo de avaliação de alguns programas governamentais. A ESF é um programa governamental que vem sendo avaliada por projetos de pesquisa de avaliação, ligados ao governo e/ou a instituições internacionais, como, por exemplo, a realizada para avaliar o PROESF, no ano de 2005.

A década de 90 se caracterizou por uma produção mais dirigida para a discussão teórica da avaliação em saúde, o que se questionava era “o que?” e “como avaliar?”. Este movimento acompanhou a tendência internacional, interna a este campo de saber, no sentido de desenvolver instrumental dirigido às políticas públicas e, externa, que contribuiu para a identificação de necessidades e perspectivas das pessoas e dos usuários nos diferentes contextos sociais e culturais (JARDIM, 2007).

As pesquisas de avaliação na área da saúde, especificamente na ESF, também vêm sendo mais comumente realizadas por técnicos ligados ao Ministério da Saúde, pesquisadores dos serviços de saúde ou pesquisadores de Instituições de Nível Superior (INS). Entretanto, segundo Novaes (2000), mesmo as avaliações hoje fazendo parte do interesse dos gestores, a tomada de decisão vem acontecendo de forma ainda muito incipiente e periférica nos processos de mudança.

Para Deslandes (1997), avaliar é uma estratégia para melhorar a práxis. Essa autora afirma que a avaliação no campo da saúde pública é uma área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e melhora a qualidade do serviço de saúde prestado.

A avaliação, para a OMS, é um processo importante para o planejamento estratégico na medida em que permite formulações de juízo apoiadas em análises específicas, com o objetivo de chegar a conclusões bem fundamentadas que subsidiem ações futuras (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

A avaliação em saúde pode se configurar num instrumento central para a implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, principalmente se aquilatada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente, se tal prática se insere no cotidiano institucional das instancias gestoras do SUS (BRASIL, 2004).

Para Donabedian (1984), a avaliação de programas de saúde contempla as atividades relacionadas à manutenção e ao desenvolvimento da organização, considerando financiamento, recursos humanos, população atendida, aceitação e apoio à comunidade e relações com outros setores da saúde.

Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, correspondentes às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output* (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Donabedian (1984) entende por estrutura as características relativamente estáveis dos provedores de atenção, dos instrumentos e dos recursos que tem a seu alcance, bem como lugares físicos e organizacionais. Inclui ainda nesse conceito os recursos humanos, físicos e financeiros que contribuem para atenção médica. O mencionado autor define processo como uma série de atividades desenvolvidas pelos profissionais e também pelos usuários. Resultado é definido por ele como uma transformação entre o estado atual e futuro

da saúde (físico, mental e social) do usuário que pode ser atribuído ao antecedente de atenção médica, além disso, também serão consideradas as atitudes do usuário, como, por exemplo, sua satisfação, o conhecimento adquirido sobre a sua saúde e a transformação do seu comportamento relacionado à sua saúde.

Esse autor enfoca sua obra teórica na qualidade do trabalho médico e propõe, ao longo de sua trajetória, discussões importantes na área da avaliação. Donabedian (1990) apresenta sete pilares da qualidade, a saber: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Quadro 1. Os sete pilares da qualidade de Donabedian (1990)*:

EFICÁCIA	Pode ser entendida como a capacidade da medicina produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	É entendida como melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, se alça ao nível de melhoria da saúde, o qual os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançável.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Pode ser entendida como avaliação dos efeitos do cuidado da saúde considerando os custos.
ACEITABILIDADE	É sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
LEGITIMIDADE	É a aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
EQUIDADE	É o princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

* Traduzido por Malik e Sciesari (1998).

Sendo assim, conceitualmente a qualidade será sempre uma construção social, produzida a partir dos referenciais dos sujeitos envolvidos, os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências (BRASIL, 2005).

Para Donabedian (1966), a avaliação no setor saúde não se restringe a verificação do cumprimento de objetivos propostos, porque até eles são matéria de avaliação, se necessita avaliar constantemente os objetivos propostos para verificar se estes estão

socialmente definidos e se estão de acordo com aspirações e expectativas dos técnicos da área e dos usuários (DONABEDIAN, 1966).

Donabedian (1984) propõe que também seja visto o entendimento do usuário sobre a definição da qualidade. A qualidade em saúde pode ser definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente a normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como a outros conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos (BRASIL, 2005).

Ainda de acordo com este autor, a qualidade é uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos que atribuem significados as suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências.

As pesquisas sobre satisfação não podem ser confundidas com pesquisas de qualidade, pois a avaliação feita pelos usuários não se faz a partir da perspectiva da definição pelos saberes técnicos do que se deve entender por qualidade. Contudo, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida na sua conexão com a percepção, pode ser considerada como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços (BRASIL, 2006b).

Ferri et al (2007) dizem que a satisfação pode estar relacionada a fatores psicoculturais, porque acreditam que estes podem, sim, influenciar na percepção dos usuários quanto ao serviço utilizado e além disso, influenciar no julgamento da qualidade do cuidado prestado. Estes autores também acreditam que, mudando a forma de produzir esse cuidado, usando a qualidade, e não só a quantidade, usando a responsabilidade, e não a dependência, usando o carinho, e não a técnica reservada, a satisfação será o resultado final do processo de trabalho em saúde.

Segundo Gaios e Mishima (2007) a aceitabilidade pode ser definida como um conjunto de fatores na relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde. Além disso, estes autores entendem a aceitabilidade como a garantia de várias premissas como por exemplo: facilidade de acesso, a relação médico-paciente (aqui está incluída a relação equipe de saúde-usuário), o meio (o ambiente) e a construção (estrutura), preferências do paciente quanto aos efeitos e dos custos de tratamento e tudo o que o paciente considera ser justo e equitativo.

A aceitabilidade pode ser entendida como o grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da comunidade (VIACAVA et al, 2004).

Neste estudo a aceitabilidade está sendo como um sinônimo de satisfação entendida como um resultado positivo da utilização dos serviços de saúde pelos usuários e

suas famílias, no que se refere a colaboração dos gestores, profissionais e conselheiros de saúde para a garantia do acesso, da qualidade da atenção a saúde oferecida por uma equipe multidisciplinar e do direito a participação social, sejam eles tanto na área adscrita como na sociedade como um todo.

Pode-se dizer que aceitabilidade é equivalente à satisfação, sendo ambas definidas como à medida que a atenção à saúde e o estado de saúde resultante estão concordantes com as expectativas do usuário (OTERO; SATURNO; MARQUET, 1999).

Segundo Otero, Saturno e Marquet, (1999), a **satisfação**, enquanto dimensão da qualidade da assistência está ligada às expectativas do usuário, ou seja, ela se dará na relação entre a atenção à saúde (oferta da assistência à saúde) e o seu próprio estado de saúde. Se ambos convergirem, haverá maior possibilidade das expectativas serem contempladas.

No Brasil, os estudos de avaliação da satisfação se desenvolveram na década de 1990, à partir do fortalecimento do controle social no SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Em um estudo de revisão bibliográfica de 56 publicações do MEDLINE e Web of Science no período de 1970 a 2005 realizado por Esperidião e Trad (2006) foi observado que dentre os enfoques teóricos encontrados para a compreensão da satisfação de usuários de serviços de saúde foram encontrados predominantemente abordagens da escola de psicologia social, a saber: teoria da atitude, teoria da discrepância, teoria da realização (de expectativas e de necessidades) e teoria da equidade. Essas teorias centram-se nos usuários, destacadamente em aspectos psicológicos como crenças, expectativas e percepções.

A constituição de um consenso de especialistas deve ser encorajada, com a finalidade de criar uma validação para o conceito de satisfação de usuários e uma operacionalização para a sua medida, pois a avaliação de satisfação de usuários em saúde merece ser valorizada, como parte dos estudos das relações interpessoais nos serviços de saúde e como instrumento de controle social das comunidades (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde – OMS introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição ao de “satisfação”, utilizado desde a década de 1960. Enquanto as pesquisas de “satisfação” focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não-médicos do cuidado. Esses dois conceitos são discutidos, tanto em relação aos contextos históricos em que surgiram, quanto ao modo como vêm sendo aplicados em metodologias de avaliação de serviços e sistemas de saúde,

com destaque para seus limites e vantagens em diferentes situações (VAITSMAN; ANDRADE, 2006).

O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2006).

A percepção subjetiva que o usuário tem da assistência prestada a ele está diretamente conectada à satisfação do usuário. Desse modo, Zaicaner (2001) afirma que a satisfação é uma função direta da percepção sobre a capacidade dos serviços de saúde em responderem as necessidades de saúde.

Os parâmetros e os critérios utilizados para realizar a avaliação da aceitabilidade estarão fundamentados na produção teórica da implantação da ESF, descritos nas respectivas publicações ministeriais: Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família (Caderno 1) e Manual da Estrutura da Unidade Básica de Saúde da família.

O resultado pode ser avaliado através da mudança de estado de saúde do usuário ou da comunidade, que pode ser atribuído a um cuidado prévio, incluindo mudanças de comportamento (DONABEDIAN, 1990).

As avaliações não podem se restringir à pesquisas que tenham como objetivo a simples obtenção de respostas numéricas. É necessário considerar a importância da subjetividade implícita ao processo de avaliar (UCHIMURA; BOSI, 2004).

A seleção das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde a serem avaliados contribui para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação. Por isso, existem diversas possibilidades de intervenção cujas características ou atributos têm sido considerados como relevantes para avaliação (SILVA, 2005).

Este autor agrupou os tipos de pesquisas avaliativas, os quais apresentavam as seguintes características: relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade, equidade); relacionados com o efeito das ações (eficácia, efetividade e impacto); com os custos e produtividade das ações (eficiência); relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (análise estratégica); relacionados com o processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação e/ou do processo, análise de implantação quanto ao grau, efeito e contexto das

ações); com as características relacionais entre os agentes das ações (percepção dos usuários sob as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e a outros direitos cidadãos) (SILVA, 2005).

O indicador é comumente representado como uma variável numérica ou como uma relação entre dois eventos ou, ainda, como uma qualidade de um evento (TANAKA; MELO, 2001).

A construção de indicadores qualitativos por estratégias qualitativas vem firmando-se já há algum tempo. Ao longo dos anos, vem construindo-se estratégias de investigação avaliativa da subjetividade, as quais vêm recebendo importantes investimentos na construção de indicadores analisáveis por métodos qualitativos (ASSIS *et al.*, 2006).

Geralmente, utilizam-se indicadores em pesquisas de avaliação. Os indicadores neste trabalho serão entendidos como uma qualidade de evento, ou seja, será observado e registrado o indicador que identifique potencialidades no atendimento, no que se refere ao acesso, a integralidade e a participação social, sendo denominados eventos propulsores de aceitabilidade.

O estudo dos princípios da APS possibilitou definir quais seriam os indicadores para o usuário/família da ESF. Entende-se que o usuário/família está diretamente envolvido na experiência relacionada aos indicadores selecionados, pois participa diretamente (passivamente ou ativamente) de tais princípios.

Quadro 2 – Síntese da descrição dos indicadores para avaliação da aceitabilidade do usuário/família da ESF¹¹

APS (Princípios)	Indicadores
Primeiro contato	Acesso
Integralidade	Atendimento integral
Orientação comunitária	Participação social

Os indicadores foram definidos a partir de atributos da APS, focalizando os principais eixos na organização do serviço, bem como a prática de atenção à saúde da equipe e participação do usuário.

Considerando os principais pressupostos e objetivos da pesquisa, foram definidos três indicadores para se compreender e validar a avaliação da aceitabilidade realizada pelos usuários. O quadro 2 foi elaborado a partir de uma adaptação de Assis *et al.* (2006), que apresenta a definição de objetivos e a construção de indicadores.

¹¹ Os conceitos de cada princípio estão ancorados na produção teórica da seguinte autora: Bárbara Starfield, 2002 (APS).

Os indicadores deste estudo foram apreendidos durante a observação do processo, a fim de somar a este projeto de avaliação um melhor entendimento da prática, uma vez que podem sustentar a avaliação da aceitabilidade dos usuários/família da respectiva USF envolvida no estudo.

A avaliação da satisfação do usuário pode ser verificada a partir da dimensão do Resultado, que, de acordo com os autores Constanzo e Vertinsk, (1975), é avaliada pelas modificações fisiopatológicas e/ou pela percepção psicossocial.

As percepções são parte da cultura política e cívica englobando valores, crenças, representações e atitudes em relação aos direitos e deveres de cidadania, sendo construídas a partir das experiências presentes e passadas dos serviços de saúde ANDRADE, 2006).

Esquema 1 – Adaptado de Constanzo e Vertinsk (1975)

O termo aceitabilidade significa adaptação do cuidado da saúde aos desejos, expectativas e valores do cliente e de sua família. Esse atributo depende do inter-relacionamento entre os profissionais da saúde e o usuário, das características do cuidado e das preferências deste, considerando efetividade e custos (ESCOBAR, 2002). Assim, neste projeto, tem-se a preocupação de escutar também os gestores e os profissionais, com a finalidade de analisar sua percepção e seu modo de organizar a ESF pensando no usuário/família.

Segundo Turrini (2002), a partir do usuário se pode obter conceitos e atitudes relacionados à atenção recebida e como se beneficiam da organização do serviço para resolver suas necessidades.

O usuário não pode ser mais considerado como mero expectador de um sistema que oferece serviços que considera necessário, ele tem que ser reconhecido enquanto indivíduo que possui direitos e autonomia e que é capaz de tomar para si as rédeas de suas escolhas e decisões (ZAICANER, 2001).

Esperidião e Trad (2005) sugerem que sejam realizadas combinações de técnicas para avaliação da satisfação dos usuários que considerem a complexidade deste tipo de avaliação, evitando com isso o reducionismo. Estes autores destacam a importância da triangulação de dados, investindo na contraposição de usuários, profissionais e gestores, no sentido de buscar uma maior contextualização dos dados obtidos.

Em um estudo realizado por Aguiar, Moura (2004) estes autores concluíram que a escuta dos usuários é fundamental ao processo de avaliação da atuação da ESF, uma vez que estes são capazes de apontar melhorias e desafios, bem como caminhos coerentes para a resolução das necessidades de saúde.

Por isso, neste momento, apresentam-se os três pressupostos que orientaram a organização deste estudo:

- “O usuário/família aceita a ESF, uma vez que esta estratégia está voltada para a facilitação do acesso e humanização da assistência”.
- “O usuário, a partir da sua vivência histórico-social de uso dos serviços de saúde, tem o direito e o dever de participar do processo de avaliação dos serviços de saúde”, por que esta atitude pode potencializar a aceitabilidade da ESF.
- “Os gestores e a equipe de saúde da família estão comprometidos com a transformação do modelo assistencial porque motivam e apóiam a organização, o fortalecimento e a consolidação da participação social” preocupando-se com a aceitabilidade da ESF.

Com isso, por meio da discussão realizada foram construídas três questões investigativas:

Qual a aceitabilidade da ESF na perspectiva do usuário? (R)

Qual a forma de participação dos usuários nas decisões em saúde no nível local e de que forma isso pode interferir em sua aceitabilidade? (R)

Qual(is) ações realizadas pelo gestor, coordenador da ESF e da equipe favorecem a participação social e a aceitabilidade do usuário?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a aceitabilidade da ESF na perspectiva do usuário/família. (R)

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a Estrutura da Unidade (E)

Descrever o Processo na Unidade (P)

Verificar a participação dos usuários na avaliação das ações de saúde no nível local (R).

Identificar ações/atividades desenvolvidas pela equipe, coordenação e gestão municipal que contribuem para a participação social e para a aceitabilidade da ESF pelo usuário e sua família (R).

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do Estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo descritivo e exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferece diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando os serviços (MINAYO, 2000).

A convergência de resultados advindos de fontes distintas oferece um excelente grau de confiabilidade ao estudo, muito além de pesquisas orientadas por outras estratégias (MARTINS, 2006).

A abordagem quanti-qualitativa são os instrumentos que se serve a Saúde Pública, em particular, para se aproximar da realidade observada. Nenhuma das duas, é suficiente para a compreensão completa dessa realidade. Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria, portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente viável (MINAYO; SANCHES, 1993).

A abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos mostra dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, podendo, por exemplo, classificá-los e torná-los visíveis através de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

Já a abordagem qualitativa é adequada para aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nesta pesquisa a primeira abordagem foi utilizada para avaliar a aceitabilidade dos usuários sobre a ESF e a segunda complementar essa avaliação, buscando compreender de que forma o processo de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde da Família e a organização da gestão municipal podem interferir/influir na aceitabilidade dos usuários sobre a ESF.

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma adaptação da avaliação de Estrutura, Processo e Resultado proposta por Donabedian (1984).

3.2 Local do Estudo

3.2.1 O Estado da Bahia

Neste momento se faz necessário conhecer o do estado da Bahia, para entender o contexto que está inserido o Município de Vera Cruz local onde foi realizado o estudo.

O estado da Bahia é um dos 27 estados do Brasil. Está situada ao sul da região Nordeste e faz divisa com os seguintes estados Alagoas, Sergipe, Pernambuco e Piauí; Minas Gerais e Espírito Santo; Goiás e Tocantins, e ao leste, possui divisa com o Oceano Atlântico.

A Bahia é o quinto estado do país em extensão territorial, corresponde a 6,64% da área total do Brasil e 36,34% da área total da região do nordeste. O litoral baiano mede 1.183km e abriga vários tipos de ecossistemas, favorecendo a atividade turística por sua rara beleza (SEI, 2006).

O Estado da Bahia possui 417 municípios, com uma população estimada, em 2007, de 14.080.654 de habitantes, tendo como capital a cidade de Salvador (IBGE, 2008).

O Estado reúne grande parte das características físicas, econômicas e culturais do nordeste brasileiro. Entre as características físicas destacam-se o relevo pouco acidentado e, especialmente, o clima semi-árido que domina mais de 60% de seu território. Entre as econômicas, pode-se observar um paralelo entre uma agricultura familiar, de subsistência e uma agricultura que visa à exportação (LOPES, 2003).

Nota-se, ao mesmo tempo, um processo de industrialização em desenvolvimento; com cidades urbanizadas em contraste com áreas carentes de quase todos os serviços, que são habitadas em sua maioria por pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza. Em termos culturais, percebe-se um rico folclore composto de festas, cantos e danças religiosas ou pagãs (LOPES, 2003).

A média estadual de consultas anuais por habitante, na rede do SUS, cresceu ao longo do período 1996/2001, situando-se, no ano de 2001 dentro dos parâmetros de cobertura de consultas (2,0 consultas/hab/ano) definidos pela Comissão Intergestores Bipartite

(CIB/BA). No âmbito do SUS, o início dos anos 2000 assinala o predomínio da rede pública na oferta de consultas (SEI, 2006).

Observou-se tendência à redução nas taxas de mortalidade infantil no estado da Bahia, tal como verificado para o Brasil, entretanto, existem grandes diferenças entre os diferentes municípios. As informações mostram que a maior incidência de mortes de crianças com menos de um ano pode estar em período posterior ao parto, chegando a 63,1% do total de causas de morte registrado. Uma das causas desta mortalidade se deve tanto à ausência de exames pré-natais quanto à falta de assistência adequada nas maternidades, o que contribui para que o recém nascido adquira infecções dos mais diversos tipos (SEI, 2006).

Com o número de 2.135 grupos, a Bahia possui o maior número de equipes de ESF do Nordeste brasileiro e o terceiro maior do País. No ranking nacional, só fica atrás dos Estados de Minas Gerais, com 3.537, e São Paulo, com 2.941 (TITO, 2008).

Alguns fatores dificultam a implantação/implementação da ESF no Estado da Bahia, entre eles são citados (SANTANA, 2003, p.):

- - falta de sensibilização dos Prefeitos para a proposta, no que pode estar implícito a falta de informação sobre o Programa, mas também o receio de perda de poder de barganha em processos eleitorais;
- - dificuldade de encontrar profissionais de saúde com perfil adequado à proposta (sobretudo médicos);
- - dificuldade de fixar médicos e enfermeiros nos municípios mais distantes como os do Oeste do Estado;.
- - dificuldades financeiras para a sustentação do programa.

3.2.2 O município de Vera Cruz/BA

O estudo foi realizado no município de Vera Cruz-BA, próximo a capital Salvador/BA, pertencente à Diretoria Regional de Saúde 1 (DIRES). O município foi escolhido por sua característica importante de gestão para a transformação do modelo técnico-assistencial, pois todas as equipes foram implantadas praticamente no mesmo período, no mês de março do ano de 2005. Este município apresenta 80% de sua área territorial coberta pela ESF. E, além disso, na ocasião da negociação para a realização da pesquisa possuía

envolvimento com a Escola de Enfermagem da UFBA, tendo interesse na realização de estágios acadêmicos.

O município de Vera Cruz está localizado na Ilha de Itaparica a maior ilha marítima do Brasil, este município ocupa 87% da área da Ilha (BARBOSA, 2008).

Em 1553, ainda habitada por índios Tupinambás, a Ilha é doada pelo 1º Governador do Brasil, Tomé de Souza, à sua tia Dona Violante. O primeiro povoado surge no ano de 1560, quando os portugueses ergueram, a primeira igreja da Ilha (2ª Matriz do Brasil), na localidade denominada Baiacu, sob as bênçãos do Nosso Senhor da Vera Cruz; daí a origem do nome do município (BARBOSA, 2008).

Durante mais de um século a Ilha foi local de plantação de cana-de-açúcar e de criação de gado bovino; em seguida, a pesca da baleia passa a ser a principal atividade econômica até o final do século XVIII. O município de Vera Cruz emancipou-se politicamente em 31 de julho de 1962, do município de Itaparica por força da Lei Estadual nº. 1773/62. Com o passar dos anos, rapidamente Vera Cruz tornou-se um dos pontos turísticos da Bahia (BARBOSA, 2008).

O município de Vera Cruz faz parte da região metropolitana de Salvador pela Lei Suplementar Federal n.14 de 8 de agosto de 1973 que estabelece os limites de Vera Cruz da seguinte forma: Salvador, Jaguaripe, Itaparica (PEREIRA, 2007).

É essencialmente urbano e turístico, o município possui praias; rios; manguezal; fontes de água potável à beira-mar e mata atlântica. Com a grande diversidade biológica de fauna e da flora terrestres e marinhas, ocasionou a parceria da UFBA / Prefeitura Municipal de Vera Cruz a criação do Parque Ecológico do Baiacu e da Área de Proteção Ambiental das Pinaúnas (BARBOSA, 2008).

De acordo com a contagem da população realizada no ano de 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi contabilizada uma população de 35.060 habitantes e uma área de unidade territorial de 253 m² (IBGE, 2008).

O Clima é Tropical (quente e úmido). A topografia do município é predominantemente plana. Entretanto, geograficamente, a maioria das diferentes localidades estão bastantes distantes umas das outras. O município agrupa os seguintes Distritos: Mar Grande (Sede: Duro, Riachinho, Jaburu, Fonte da Prata); Barra do Gil; Jiribatuba; Cacha Pregos. E dezessete vilas: Ilhota, Gamboa, Gameleira, Penha, Taipoca Coroa, Baiacu, Berlinque, Conceição, Barra Grande, Matarandiba, Jiribatuba, Tairu, Aratuba, Barra do Pote, Cacha-Pregos, Barra do Gil. E seis povoados: Juerana, Porrãozinho, Ponta Grossa, Campinas, Catu e Porto Sobrado (BARBOSA, 2008).

3.3 Seleção da Unidade de Saúde da Família

Foi selecionada uma USF, da área urbana, com equipe completa, que não fosse considerada unidade mista (Unidade tradicional e ESF no mesmo espaço físico), que possuísse equipe de Saúde Bucal e que tivesse na área o Conselho Local de Saúde.

3.4 Procedimento para coleta de dados

Inicialmente, foi realizado contato com o Secretário Municipal de Saúde e a Coordenadora Municipal da ESF, solicitando autorização para a realização do estudo (APÊNDICE A). Após concordância, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EERP-USP e foi aprovado sob o nº de protocolo 0715/2006 (ANEXO A).

Duas pesquisadoras foram visitar o município no mês de novembro de 2006, foram solicitados ao gestor e coordenador da ESF do município documentos relacionados à caracterização do município; o organograma da Secretaria Municipal de Saúde; o Plano Municipal de Saúde; e documentos referentes à implantação municipal da ESF. Também foi solicitados outros documentos afins relacionados à ESF, na tentativa de avaliar a prioridade da ESF na política de saúde municipal, o consolidado do SIAB do mês anterior, buscando verificar produtividade e tipos de atividades realizadas, bem como sua frequência. Após leitura sucessiva desses documentos foi escolhida a USF estudada, por cumprir os critérios de seleção.

Antes do início da coleta de dados foi realizado, novamente, contato com o atual Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador Municipal da ESF e com o médico da USF selecionada, para informar o período da coleta de dados.

Em novembro de 2007 após retorno da autora do Estágio no Exterior na FM/UAM em Madrid-ES foram convidadas duas enfermeiras com experiência em pesquisa, ambas com pós-graduação uma em “Strictu e Latu Sensu” e outra em “Latu Sensu”. Após a realização do convite foi realizado apresentação e treinamento com os instrumentos de coleta de dados e também discussões informativas a cerca da situação sócio-demográfica e econômica do município selecionado.

A coleta de dados foi realizada no período de 20 de novembro a 1 de dezembro de 2007, nos turnos da manhã e tarde de acordo com o funcionamento da USF.

Primeiramente foram realizados contatos telefônicos com a Secretaria Municipal de Saúde para agendar reunião com a coordenação da atenção básica e secretário municipal de saúde. Em seguida, foi realizada uma reunião com a equipe de saúde da família, para fazer a apresentação do grupo de pesquisadores e explicar os objetivos do trabalho, solicitando-se o apoio da equipe para a organização da pesquisa de campo, no que se refere à realização de visita domiciliar na área de cobertura para apresentação dos usuários da unidade de saúde, bem como participação na pesquisa.

Para o estudo quantitativo os sujeitos do estudo foram selecionados da seguinte forma: foi solicitado aos ACS que levassem os pesquisadores nos domicílios das famílias que residissem no mínimo há dois anos na área de abrangência da ESF e que já tivessem tido alguma experiência de atendimento pela equipe de saúde da família; foi previamente combinado com os ACS que eles nos apresentassem aos moradores e que logo após se retirassem.

A coleta dos dados dos usuários foi realizada no domicílio por meio de um formulário aplicado aos usuários pelos pesquisadores, sem a presença do ACS respeitando sua aceitação ou não para participarem da pesquisa.

Os sujeitos do estudo qualitativo foram o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador Municipal da ESF, e os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Alguns membros também participavam do Conselho Local de Saúde (CLS) o que contribuiu para um maior entendimento com o objetivo de identificar o entendimento destas lideranças sobre a avaliação da satisfação dos usuários.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, o formulário, e a observação.

Segundo Triviños (1987) o uso de diferentes instrumentos permite confrontamento nos dados para obter uma descrição, explicação e compreensão da realidade em estudo.

A entrevista semi-estruturada, geralmente, está apoiada em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que vão sendo constituídas as respostas dos informantes. Este tipo de entrevista valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a discussão (TRIVIÑOS, 2006).

Segundo Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, com isso o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condição prefixadas pelo pesquisador.

O roteiro de entrevista semi-estruturada foi utilizado pelos pesquisadores para realizar a entrevista com todos os profissionais da equipe de saúde da família (APÊNDICE B), com o Secretário Municipal de Saúde (APÊNDICE C), e com o Coordenador da ESF (APÊNDICE D) com gravação das falas, após autorização dos sujeitos.

Foram entrevistados 10 profissionais da equipe de saúde da família, o Secretário Municipal da Saúde e coordenação da ESF. Para garantir o sigilo de suas identidades e preservar o anonimato, os sujeitos envolvidos foram identificados pela letra P numerada de forma aleatória (P.1; P.2; P.3:...).

No momento da entrevista foi garantido a todos participantes a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) um para o usuário/família (APÊNDICE E) e outro para profissionais, coordenador e Secretária Municipal de Saúde (APÊNDICE F).

Foram aplicados os formulários (APÊNDICE G) a 217 participantes nos seus respectivos domicílios. O formulário pode ser entendido como uma lista informal destinado a coleta de dados. Entre as vantagens do formulário é possível destacar a assistência direta do investigador, a garantia da uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios que são fornecidos, o formulário pode ser aplicado a grupos heterogêneos, inclusive a analfabetos (CERVO; BERVIAN, 1996).

A amostra foi intencional, de acordo com quem se encontrava no domicílio no momento da coleta dos dados, desde que fosse usuário da USF e tivesse interesse em participar do estudo, desta forma participaram do estudo 217 participantes, sendo 193 mulheres e 24 homens.

Foi realizado um estudo piloto com 20 usuários da comunidade no primeiro dia da coleta dos dados, para testagem e adaptações do formulário. Os formulários piloto foram incluídos na amostra final. Foram contadas três perdas, pelo mesmo motivo, ou seja, a não aceitação em participar da pesquisa.

Na perspectiva da avaliação de Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian, foi realizado 120 horas de observação para descrever a estrutura física e dimensão de pessoal da USF em estudo, bem como o processo (atividades em equipe ou individuais realizadas na semana, o atendimento nas ações preventivas e assistenciais, na comunidade ou no serviço) visitas domiciliares e as relações existentes. Observando atentamente, o aparecimento de um

ou mais eventos propulsores de aceitabilidade, como ficou definido a priori nos três indicadores (acesso, integralidade e participação social).

As observações foram registradas no diário de campo, seguindo um roteiro (ANEXO G). No diário de campo foram anotadas as observações e reflexões das expressões verbais e ações dos sujeitos.

Segundo Triviños (1987), a descrição é uma etapa da observação, o autor recomenda algumas técnicas de descrever como: descrever os comportamentos, ações, atitudes, tal como foram observadas; descrever os sujeitos não em forma abstrata, mas por seus traços concretos; descrever o ambiente físico; descrever as atividades específicas; descrever os diálogos; e em seguida deve-se fazer anotações de campo de natureza reflexiva.

A observação é um método essencial para quase todas as avaliações. Este instrumento abrange visitas ao local para observar o programa em atividade e usar capacidade de observação do avaliador notar questões contextuais em todas as interações e os comportamentos dos participantes (WORTHEM, FITZPATRICK, SANDERS, 2004).

A observação foi feita pelo período da manhã e tarde de acordo com o expediente externo da USF, de segunda à sexta das 7:30 às 11:30 horas e das 13:00 às 17:00 horas.

A observação da estrutura foi realizada seguindo a orientação do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, no que se refere à organização dos materiais e em um roteiro elaborado (APÊNDICE H). Para a observação do Resultado, foi elaborado outro roteiro (APÊNDICE I).

3.5-Análise de dados

Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas de frequência geradas com a utilização do SPSS® for Windows, Versão 11.0. Foi realizado um estudo exploratório das variáveis de interesse e por se tratar de um estudo de conveniência, não foi realizado nenhum cálculo amostral, por isso, não foram realizadas inferências (não foi calculado o poder do estudo para fazer inferências), tipo ANOVA, intervalos de confiança, dentre outras.

A análise dos dados qualitativos foi baseada nos registros da transcrição das entrevistas e da observação, foram realizadas leituras sucessivas do material coletado, a fim

de extrair das falas e da observação situações de maior relevância, as quais respondessem aos objetivos do estudo, sustentando o processo de avaliação.

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise temática que, segundo Minayo (2000), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença dê algum sentido para o objetivo analítico estudado. Tal proposta de análise pode ser operacionalizada, primeiramente, pela ordenação, classificação dos dados e análise final, quando será estabelecida a articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa.

As unidades de registro que orientaram a análise dos dados quanti-qualitativa foram Estrutura – Processo – Resultado, na perspectiva de avaliação de Donabedian, tendo com eixo central da ESF.

4. ESTUDO QUANTITATIVO

A análise dos dados envolveu a descrição das variáveis de interesse do estudo (escolaridade, sexo, renda, satisfação com o trato recebido, avaliação da estrutura física, participação em atividades de avaliação e educação, acesso a USF, dentre outros), por meio de tabelas univariadas e bivariadas, médias e desvio padrão. Tendo como objetivo caracterizar e avaliar a opinião da população do estudo sobre aceitabilidade e como fio condutor para a análise da ESF.

A análise dos dados quantitativos foi na perspectiva das dimensões de Donabedian (1969) de Estrutura-Processo-Resultado. Sendo assim, no primeiro momento foram apresentadas as características sócio-demográfica e econômica da população estudada, objetivando conhecer um fragmento da realidade da população estudada.

No segundo momento apresenta-se a avaliação da Estrutura abordando aspectos como o tempo que frequenta a ESF; acessibilidade a USF; e a procura por outros serviços além da USF.

No terceiro momento, na avaliação do Processo, é analisada a utilização da ESF pelo usuário; os programas da ESF que os usuários participam; a participação em palestras; e os encaminhamentos e exames laboratoriais.

No último momento se faz a avaliação do Resultado abordando os seguintes aspectos: se os usuários conhecem a equipe da ESF; a participação e opinião dos usuários sobre a participação popular; o nível de satisfação com as informações recebidas, tempo de espera e marcação de consultas; e a satisfação com o trato de recebido e a estrutura física.

4.1 Características sócio-demográficas da população do estudo

O conhecimento das condições sócio-demográficas da população é importante para o conhecimento da aceitabilidade, pois o grau de satisfação varia de acordo com o nível socioeconômico da população.

A **tabela 1** descreve características sócio-demográficas dos sujeitos do estudo, por meio dela pode-se observar uma população adulta com **idade média** em torno de 41 anos, sendo que 42,4% da população são de usuários relativamente jovens entre 18 a 38 (exclusive) anos, 36,9% entre 38 e 58 (exclusive) anos e 20,7% com idade superior a 58 anos, com maior proporção de mulheres 88,9% e 11,1% de homens.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas segundo idade, sexo, estado civil, local de nascimento e escolaridade dos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Idade Média	41 anos	
Idade (n=217)		
18 → 38	92	42,4
38 → 48	51	23,5
48 → 58	29	13,4
58 e mais	45	20,7
Sexo (n=217)		
Feminino	193	88,9
Masculino	24	11,1
Estado civil (n=217)		
Casado (a)	119	54,8
Solteiro (a)	60	27,6
Separado(a)/Divorciado(a)	19	8,8
Viúvo (a)	19	8,8
Local de Nascimento (n=188)		
Vera Cruz	112	59,6
Itaparica	7	3,7
Salvador	29	15,4
Outros	40	21,3
Escolaridade (n=217)		
Sem estudos	15	6,9%
Fundamental incompleto	96	44,2%
Fundamental completo	21	9,7%
Ensino médio incompleto	26	12,0%
Ensino médio completo	46	21,2%
Superior incompleto	10	4,6%
Superior completo	3	1,4%

Em levantamento realizado pelo IBGE (2000) foi observado que o município de Vera Cruz/BA tinha 67,77% da população na faixa etária de 15 a 69 anos, 31,54% na faixa etária de 0 a 14 anos e 7,69% na faixa etária de maiores de 60 anos o que vai ao encontro dos dados apresentados na tabela 1. Nesta pesquisa se teve uma maior população na faixa etária de 15 a 59 anos, ou seja, 79,3% estavam entre 18 e 57 anos.

Quanto ao **local de nascimento** 59,6% de Vera Cruz, 21,3% de outras localidades, 15,4% de Salvador e 3,7% de Itaparica.

A **população estudada** em sua maioria foi de mulheres (88,9%) com baixa escolaridade e com renda mensal média de um salário mínimo.

Dados semelhantes foram encontrados por Moura e Aguiar (2004) quando realizaram pesquisa avaliativa da percepção de usuários sobre a atuação de uma equipe de saúde da família de um município do interior do estado do Ceará.

Ainda de acordo com Moura e Aguiar (2004) pode ser comum encontrar uma população feminina superior à masculina na procura por serviços de saúde. As autoras chamam a atenção para o fato que na dinâmica de muitas famílias, os homens têm uma maior participação no trabalho extradomiciliar, ficando a mulher responsável pelos afazeres doméstico e cuidado pela família.

Considera-se ainda que a oferta de ações direcionadas a saúde da mulher é maior e muitas vezes a saúde do homem não é preconizada pelos serviços de saúde. Uma outra questão importante é o horário de atendimento das USF não é compatível com os horários de trabalho dos homens com atividades fora de casa (MOURA; AGUIAR; 2004).

Com relação ao nível de **escolaridade**, 44,2% dos sujeitos possuíam ensino fundamental incompleto, 21,2% ensino médio completo, 12,0% ensino médio incompleto, 9,7% ensino fundamental completo, 6,9% sem estudos, 4,6% ensino superior incompleto e 1,4% ensino superior completo.

A taxa de analfabetismo de 6,9% encontrado na pesquisa é inferior ao apresentado pelo censo de 2000 realizado no município, onde foi encontrado um total 15% de analfabetos.

Entretanto a taxa de analfabetos funcionais se for considerar os participantes com ensino fundamental incompleto ficou em 44, 2%, sendo que pelo censo de 2000 foi encontrado um valor de 36,7% de analfabetos funcionais no município. O analfabeto funcional é o indivíduo maior de quinze anos e que possui escolaridade inferior a quatro anos (IBGE, 2000), embora essa definição não seja muito precisa, pois pode estar considerando como analfabetos funcionais sujeitos com o ensino fundamental incompleto, que podem ter cursado quatro ou mais anos do ensino fundamental.

Pensadores contemporâneos indentificam a educação como um caminho para a conquista de direitos sociais, sendo ela o pressuposto para o alcance da cidadania, que se assenta sobre os princípios da liberdade e igualdade desde que seja facilitado e garantido o acesso das pessoas as escolas (RIBEIRO, 2002).

Quanto ao **estado civil**, verificou-se maior predominância de casados 54,8%, 27,6% solteiros, 8,8% divorciados/separados, 8,8% viúvos. Neste dado o casamento também foi considerado a relação estável com companheiro ou companheira.

Em dados do censo de 2000 disponibilizados pelo IBGE em Vera Cruz foi observado uma população na sua maioria solteira (71,3%), seguida de casados (22,1%), viúvos (4,3%), divorciados (1,2%) e separados (1,0%).

Os dados encontrados referentes à situação civil apresentaram em sua maioria participantes casados, mas é preciso explicar que foi considerado como casado todo aquele que vivesse com companheiro (a), ou seja que mantivesse uma união estável.

Já a **tabela 2** descreve a distribuição da **principal fonte de renda**, com maior proporção para as categorias: emprego 27,1% e aposentadoria 20,1%, outros rendimentos 17,3%, 13,1% renda do conjugue/companheiro, 13,1% bolsa família, 8,3% correspondem as demais categorias.

Tabela 2. Distribuição da principal fonte de renda, rendimento familiar e número médio de pessoas na família dos sujeitos de estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Número médio de membros na família	4 pessoas	
Principal fonte de renda (n=214)		
Emprego	58	27,1
Seguro desemprego	2	0,9
Renda do cônjuge/companheiro	28	13,1
Aposentadoria	43	20,1
Auxílio-doença	4	1,9
Pensionista	11	5,1
Bolsa família	28	13,1
Desempregado	3	1,4
Outro rendimentos	37	17,3
Renda familiar (n=217)		
Sem rendimento	12	5,5
≤ R\$100,00	22	10,1
R\$ 101,00 – R\$ 380,00	117	53,9
> R\$ 380,00	66	30,4
Rendimento familiar (Médio ± Desv.Padrão)	R\$ 409,00 ± R\$ 331,15	

O **rendimento médio** familiar da população foi de R\$ 409,00 reais com uma variação de R\$ 331,15 reais e em média, os domicílios eram constituídos por 4 moradores.

Os resultados apresentam um cenário onde o rendimento mensal da maioria das famílias fica por volta dos R\$ 380,00 reais, ou seja, um salário mínimo, para famílias com número médio de membros de 4 pessoas.

Em dados apresentados pelo IBGE (2000) foi observado a proporção de pessoas de 10 anos ou mais de idade por classes de rendimento nominal mensal de até 1 salário foi de 24,9%, 1 a 2 salários 11,7%, 2 a 3 salários 3,5%, 5 a 10 salários 3,7%, mais de 10 a 20 1,3%, mais de 20 salários 0,3% e sem rendimento 50,7%.

Em estudo realizado por Souza (2006) sobre os dados do Programa Nacional por Amostras de Domicílio no Estado da Bahia foi observado que os pobres consomem menos serviços de saúde quando comparados aos usuários mais ricos e aqueles com maior escolaridade. Além disso, como as chances de adoecimento se reduzem na medida em que a renda aumenta as pessoas que teriam as maiores necessidades de saúde, na verdade, são as que menos consomem saúde no Estado da Bahia.

Para a área de atenção da ESF estudada isto pode ser um sério problema para a equipe e gestores, porque na área se tem muitas pessoas com baixa escolaridade e rendimento mensal, ou seja, pessoas que poderiam estar mais predispostas a adoecer.

Aguiar e Souza (2004) afirmam que a ESF tem um compromisso social muito importante por meio da criação de vínculo para a motivação e estímulo da educação no âmbito das famílias e comunidades.

4.2 Avaliação de Estrutura

A **tabela 3** descreve o **tempo de utilização da USF** pelos usuários entrevistados e a participação em programas de saúde. Verifica-se que 79,2% freqüentam a USF há mais de 2 anos, 14,6% freqüentam entre 1 a 2 anos, 6,1% freqüentam com tempo inferior a 1 ano.

Tabela 3. O tempo de utilização do serviço pelos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007

Co-variáveis	N	(%)
Quanto tempo freqüenta a USF?		
6 meses ou menos	7	3,3
de 7 a 12 meses	6	2,8
de 1 a 2 anos	31	14,6
Mais que 2 anos	168	79,2

Podem ser considerados números apresentados na tabela importantes ser for considerado o princípio da longitudinalidade ou vínculo, ou seja, a maioria da população estudada de alguma forma já procurou a USF, e formou algum tipo de vínculo, pois mais da metade dos entrevistados participam ou participaram de algum tipo de programa oferecido.

Com relação ao tempo de utilização da USF 80,3% das mulheres utiliza a mais que dois anos, 13, 8% utiliza entre 1 ano e dois anos, 3,2% entre 7 a 12 meses e 2,6% a 6 meses ou menos. Dos homens 70, 8% utilizam a mais de dois anos a ESF, 20,8% utiliza entre 1 a dois anos e 8,3% utiliza entre seis meses ou menos.

Tabela 4. O tempo de utilização do serviço pelos sujeitos do estudo, separado pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Quanto tempo freqüenta a ESF?				
6 meses ou menos	5	2,6	2	8,3
de 7 a 12 meses	6	3,2	0	0,0
de 1 a 2 anos	2	13,8	5	20,8
mais que 2 anos	151	80,3	17	70,8

A **tabela 5** descreve características de **acessibilidade** a USF, 57,8% dos entrevistados consideram o caminho bom, 37,0% muito ruim/ruim/mais ou menos e 4,2% muito bom.

Tabela 5. Características de acessibilidade dos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
O caminho até a USF é?		
Muito ruim/Ruim/Mais ou menos	80	37,0
Bom	127	58,8
Muito bom	9	4,2
Tempo gasto da residência até a USF		
0 – 15 min	145	67,1
16 – 30 min	54	25,0
31 – 45 min	11	5,1
46 – 60 min	5	2,3
Mais que 60 minutos	1	0,5

Quanto ao tempo gasto no deslocamento da residência a USF, 67% dos sujeitos entrevistados levam em torno de 15 minutos, 25% entre 16 a 30 minutos, 5,1% entre 31 e 45 minutos, 2,8% mais que 45 minutos.

Foi verificado pelos pesquisadores durante a observação realizada na área problemas no acesso de usuários de dois bairros distintos que compõe a área da ESF, esses problemas (distância e precariedade do caminho) vão ao encontro de problemas referidos pelos profissionais na sequência deste trabalho.

As unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A igualdade no acesso deve ser entendida como um direito de todo cidadão, sendo garantida com isso a chegada, a entrada e o acolhimento deste nos serviços de saúde (UNGLERT, 1990).

O acesso à saúde pode envolver inúmeros fatores a ser analisado sob diferentes abordagens, na prática diária, apresenta dificuldades que algumas vezes podem impedir a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população. Um dos fatores que contribuem para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde. Segundo Unglert, Rosemburg e Junqueira (1987) a oferta dos serviços não depende da simples existência dos mesmos, estes autores ainda trazem que na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas ficou caracterizado que a acessibilidade deve ser considerada sob diversas abordagens, quais sejam, a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional.

Acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. O SUS, como os sistemas de saúde de vários outros países, orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário. O princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre sujeitos socialmente distintos. Acesso expressa características da oferta que podem facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitem. (TRAVASSOS et al, 2006).

Um grande desafio com que se depara o planejamento do setor saúde é aquele que envolve a tomada de decisão sobre a localização e dimensão dos serviços. A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde (UNGLERT, 1990).

A **tabela 6** descreve qual **outro serviço de saúde** é utilizado pelos usuários, além da USF.

Tabela 6. Outro serviço de saúde utilizado pelos sujeitos do estudo de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Hospital de Mar Grande (HGM)	50	23,5
Hospital de Itaparica (HGI)	59	27,7
Salvador	14	6,6
HGM/HGI	60	28,2
Outros	28	13,1
Não procura	2	0,9

Verifica-se que 28,2% utilizam o HGM/HGI, 27,7% utilizam o HGI, 23,5% utilizam o HGM, 13,1% utilizam outros serviços, 6,6% utiliza serviços de saúde em Salvador-BA e 0,9% não procuram nenhum outro serviço de saúde além da ESF.

Tanto o HGM como o HGI ficam distantes do bairro estudado, sendo que para ir a qualquer um dos dois hospitais os usuários necessitam de algum tipo de transporte. Inclusive utilizam estes hospitais para realização de exames laboratoriais e consultas com especialistas. A distância relacionada à necessidade de ter transporte foi identificada na observação realizada nesta investigação, como um problema de acesso aos serviços de saúde do município.

Sobre a utilização de outros serviços de saúde 28,6 das mulheres utilizam o HGM/HGI, 28,6% utilizam o Hospital de Itaparica, 23,3% utilizam o hospital de Mar Grande, 11,6 procuram outros serviços e 1,0% não procuram nenhum outro serviço para atendimento. Enquanto que dos homens 25,0% procura o Hospital de Mar Grande, 25,0% procuram o HGM/HGI, 20,8% o Hospital de Itaparica e 8,3% procura outros serviços em Salvador-BA.

Tabela 7. Outro serviço de saúde utilizado pelos sujeitos do estudo, segundo a variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
Utiliza outro serviço, além da ESF?				
Hospital de Mar Grande (HGM)	44	23,3	6	25,0
Hospital de Itaparica (HGI)	54	28,6	5	20,8
Salvador	12	6,4	2	8,3
HGM/HGI	55	29,1	5	20,8
Outros	22	11,6	6	25,0
Não procura	2	1,0	0	0,0

4.3 Avaliação de Processo

A **tabela 8** mostra que, 27,9% dos usuários **participam do programa** de hipertensão arterial, 14,8% de outros programas, 13,7% planejamento familiar, 6,6%

hipertensão e diabetes, 3,3% pré-natal, 2,7% diabetes e 31,1% não participam de nenhum programa.

Tabela 8. O programa de saúde que os sujeitos do estudo, participam ou já participaram, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Qual o programa de saúde que participa?		
Hipertensão Arterial	51	27,9
Diabetes	5	2,7
Hipertensão Arterial e Diabetes	12	6,6
Pré-natal	6	3,3
Planejamento Familiar	25	13,7
Outros	27	14,8
Não participa	57	31,1

É importância que os usuários portadores de doenças crônicas encaixam-se no perfil dos grupos de cuidado à doenças crônicas priorizados por programas governamentais, participando destes grupos, que tem por objetivo, justamente controlar, monitorar e avaliar a evolução da doença e sempre que possível melhorar a qualidade de vida dos usuários. Ter estes serviços preconizados pela ESF pode exigir das equipes uma maior responsabilização com a criação e manutenção do trabalho com grupos de usuários.

Em estudo realizado por Araújo e Guimarães (2007) foi observada a redução, estatisticamente significativa, na pressão arterial e o aumento na normalização da pressão arterial, em usuários da ESF, mostrando com isso, o quanto esse programa pode ser eficiente. Estes resultados apontam na direção da necessidade de um cuidado fundamentado na integração da equipe multiprofissional no desenvolvimento do trabalho relativo aos programas preconizados pela ESF e o município.

A **tabela 9** descreve o programa de saúde que participa de acordo com a variável sexo.

Tabela 9. O programa de saúde que os sujeitos do estudo, participam ou já participam pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
Qual o programa de saúde que participa?	N	%	N	%
Hipertensão Arterial	47	28,5	4	22,2
Diabetes	3	1,8	2	11,1
Hipertensão Arterial e Diabetes	12	7,3	0	0,0
Pré-natal	6	3,6	0	0,0
Planejamento Familiar	24	14,5	1	5,6
Outros	26	15,8	1	5,6
Não participa	47	28,5	10	55,6

Quanto ao programa de saúde que participa 28,5% das mulheres participam do programa de hipertensão, 28, 5% não participam de nenhum grupo e 43% participa de outros programas. Enquanto que 55,6% dos homens não participam de nenhum programa, 22,2% participa do programa de hipertensão e 22, 3% participam de outros programas.

A **tabela 10** descreve a participação dos usuários em **palestras** na ESF por sexo.

Tabela 10. Participação dos sujeitos do estudo em palestra pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
Participa de palestras de saúde realizadas pela ESF?	n	%	n	%
Sim	35	18,4	4	16,7
Não	155	81,6	20	83,3

Quanto à participação nas palestras 81,6% das mulheres não participaram de palestras na ESF e 18,4% já participaram de palestras na ESF. Dos homens 83,3% não participaram de palestras na ESF e 16,7% já participaram de palestras na ESF.

Dentre as atribuições básicas de uma equipe de saúde da família a educação em saúde deve ser preconizada, ou seja, deverão ser realizados processos educativos através de grupos voltados a recuperação da auto-estima, troca de experiências e apoio mútuo, bem como melhoria do auto-cuidado (BRASIL, 2000).

Durante a semana de observação da USF selecionada não foi desenvolvido pela equipe nenhum tipo de palestra ou reunião de grupo de saúde, no próprio cronograma de atendimento semanal, também não havia referência a nenhum tipo de educação em saúde.

Alguns membros da equipe e até mesmo alguns usuários referiram que não havia momentos de educação em saúde há alguns meses, e que o profissional dentista era quem esporadicamente realizava atividades de educação em saúde nas escolas com escolares.

Isso pode ser considerado um problema de organização da equipe para o cuidado integral aos seus usuários, pois se for verificado na tabela 71,5% das mulheres e 44,4% dos homens participam ou já participaram de algum programa de saúde. Sendo assim, existe demanda para a realização de atividades educativas que preconizem a promoção da saúde, entretanto foi observado que a realização desta atividade estava debilitada na USF estudada.

A **tabela 11** descreve o **encaminhamento** médico para outros especialistas e atendimento hospitalar e exames laboratoriais.

Tabela 11. Encaminhamento médico e solicitação de exames pela equipe de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Foi encaminhado pela ESF a médicos especialistas?		
Sim	101	49,8
Não	102	50,2
Foi encaminhado pela ESF ao atendimento hospitalar?		
Sim	82	40,4
Não	121	59,6
Já realizou algum exame solicitado pelo médico/enfermeiro da ESF ?		
Sim	175	81,8
Não	39	18,2

Quanto ao encaminhamento a especialistas, 50,2% responderam que nunca foram encaminhados e 49,8% dos usuários responderam que foram encaminhados à especialistas.

Quanto ao atendimento hospitalar 40,4% dos usuários foram encaminhados para atendimento hospitalar e 59,6% não.

Quanto à realização de exames 81,8% afirmaram ter realizado algum exame laboratorial e 18,2% não.

A maioria dos participantes refere nunca terem sido referenciados a médicos especialistas e/ou atendimento hospitalar

A ESF se bem organizado deveria resolver entre 85 e 90% dos problemas de saúde ele não isola a alta complexidade, mas deveria coloca - lá a disposição de todos, racionalizando o uso e com isso, democratizando o acesso (BRASIL, 2000).

A maioria dos entrevistados refere que já realizou algum tipo de exame laboratorial solicitado por médico ou enfermeiro da USF. O acesso à solicitação de exames parece, realmente, não ser um problema, mas a realização sim, uma vez que os exames não são realizados na USF e os usuários precisam, ir até a área central do município para realizar os exames solicitados no laboratório do hospital que, segundo informações dos usuários, da equipe e da gestão disponibiliza 20 fichas por dia, por ordem de chegada, além disso, o transporte coletivo até o hospital do município ida e volta por pessoa ficava no momento da entrevista em torno de oito reais de gasto.

4.4 Avaliação de Resultado

A **tabela 12** descreve a opinião do usuário quanto ao **conhecimento dos membros da equipe** da ESF.

Tabela 12. Opinião dos sujeitos do estudo quanto a conhecer os membros da equipe de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Conhece o médico que atende você e sua família?		
Sim	118	54,4
Não	99	45,6
Conhece o enfermeiro que atende você e sua família?		
Sim	197	91,2
Não	19	8,8
Conhece o dentista que atende você e sua família?		
Sim	118	56,5
Não	91	43,5
Conhece o auxiliar de enfermagem que atende você e sua família?		
Sim	201	93,5
Não	14	6,5
Conhece o agente comunitário que atende você e sua família?		
Sim	210	97,2
Não	6	2,8

Afirmaram conhecer os ACS 97,2% e 2,8% desconhecem, 93,5% conhecem o auxiliar de enfermagem e 6,5% desconhecem, 91,2% conhecem o enfermeiro e 8,8%, 56,5% conhecem o dentista e 43,5% desconhecem, 54,4% conhecem o médico e 45,6% desconhecem.

Os profissionais mais conhecidos pelos participantes do estudo foram respectivamente: os ACS, os Auxiliares de enfermagem, o Enfermeiro, o Dentista e o Médico.

Os ACS que são os profissionais que moram na comunidade estudada foram, sem dúvida alguma, os mais conhecidos da população, seguido do profissional enfermeiro, provavelmente por trabalhar na mesma USF desde a época de sua abertura e que referiu ao grupo de pesquisadores já ter morado no município. Houve um período na USF que o profissional médico não constava na equipe da ESF o que pode ter facilitado o vínculo do profissional enfermeiro com os usuários, pois todos passavam pela avaliação dos enfermeiros e eram referenciados, conforme suas necessidade, para o hospital municipal.

O tempo de trabalho dos profissionais na USF e a situação deles morarem no município ou na área da respectiva unidade podem estreitar os laços de vínculo com a população (usuário).

Segundo o Ministério da Saúde é importante que os profissionais residam no município onde atuam e trabalhem em regime de dedicação integral e que os ACS residam nas respectivas áreas de atuação para garantir o vínculo e a identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2000).

Em relação aos profissionais dentista e médico apenas um pouco mais que a metade dos usuários conhecia-os, sendo que conheciam mais o dentista do que o médico. Uma das possíveis justificativas em relação aos usuários conhecerem menos o profissional dentista e o médico pode ser a alta rotatividade de médico na USF e a dificuldade de acesso ao dentista.

A idéia de questionar os participantes se conheciam os profissionais que compunham a equipe foi realizado, a fim de verificar, minimamente, se a população estudada conhecia a equipe de saúde da família, considerando este um requisito mínimo para a aproximação entre usuário e equipe, e também como uma forma que os usuários têm para materializar a existência da ESF na comunidade.

O fato dos usuários conhecerem ou não os profissionais não significa que estes tenham formado vínculo, mas é possível que esta aproximação, de ambos se conhecerem possa ser um dos primeiros passos em direção a formação de vínculo.

É esperado que os membros das equipes de saúde da família sejam conhecidos pelos membros das famílias assistidas, bem como quais atividades realizam ou deveriam realizar, pois esta é considerada uma atribuição da equipe preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A ESF propõe que o locus de intervenção na saúde seja ampliado, que seja incorporado dentre suas práticas as visitas aos domicílios e aos diferentes espaços da comunidade, por que tais características contribuem para a formação e fortalecimento do vínculo (NUNES, 2002).

A **tabela 13** descreve a caracterização do conhecimento dos membros da equipe da ESF pelos usuários de acordo com a variável sexo.

Tabela 13. Opinião dos sujeitos do estudo quanto a conhecer os membros da equipe de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
	N	%	n	%
Conhece o médico que atende você e sua família?				
Sim	104	53,9	14	58,3
Não	89	46,1	10	41,7
Conhece o enfermeiro que atende você e sua família?				
Sim	174	90,6	23	95,8
Não	18	9,4	1	4,2
Conhece o dentista que atende você e sua família?				
Sim	106	57,0	12	52,2
Não	80	43,0	11	47,8
Conhece o auxiliar de enfermagem que atende você e sua família?				
Sim	180	94,2	21	87,5
Não	11	5,8	3	12,5
Conhece o agente comunitário que atende você e sua família?				
Sim	187	97,4	23	95,8
Não	5	2,6	1	4,2

Quanto ao conhecimento do médico 53,9% das mulheres conheciam o médico e 46,1% não conheciam. Dos homens 58,3% conheciam o médico e 41,7% não conheciam o médico.

Quanto ao conhecimento do enfermeiro 90,6% das mulheres conhecem o enfermeiro e 9,4% não conheciam. Dos homens 95,8% conhecem o enfermeiro e 4,2 não conhecem.

Quanto ao conhecimento do dentista 57,0% das mulheres conhecem o dentista e 43,0% não conhecem o dentista. Dos homens 52,2% conhecem o dentista e 47,8% não conhecem.

Quanto ao conhecimento do auxiliar de enfermagem 94,2% das mulheres conheciam as auxiliares de enfermagem e 5,8% não conheciam. Dos homens 87,5% conheciam as auxiliares de enfermagem e 12,5% não conheciam.

Quanto ao conhecimento dos ACS 97,4% das mulheres conheciam e 2,6% não conheciam os ACS. Dos homens 95,8% conheciam os ACS e 4,2% não conheciam.

Com relação a variável sexo a maioria de ambos os sexos conheciam os profissionais, entretanto foi no grupo dos homens que o conhecimento do enfermeiro e do médico foi levemente superior ao grupo das mulheres. No grupo das mulheres os mais conhecidos foram o ACS, o auxiliar de enfermagem e o dentista.

A **tabela 14** descreve a participação do entrevistado quanto a emitir **opinião sobre as atividades desenvolvidas na ESF**, 41,5% afirmaram já ter opinado e 58,5% não.

Tabela 14. Opinião dos sujeitos do estudo sobre a avaliação e participação como usuário de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Já opinou sobre atividades desenvolvidas na ESF?		
Sim	90	41,5
Não	127	58,5
O acha sobre participar do processo de avaliação da ESF?		
Desacordo	4	1,9
Indiferente	11	5,1
De acordo	177	82,3
Totalmente de acordo	23	10,7
Participa de palestras de saúde realizadas pela ESF?		
Sim	39	18,2
Não	175	81,8

Quanto à participação no processo de avaliação 82,3% afirmaram estar de acordo, 10,7% totalmente de acordo, 7% desacordo/indiferente.

Estes dados mostram um desacordo entre o pensar e o agir, pois a maioria concorda em avaliar as atividades desenvolvidas na ESF, entretanto, apenas a minoria refere ter opinado sobre estas, isto pode acontecer devido a histórica exclusão das pessoas das arenas de decisão. Assim muitos usuários sentem-se receosos de opinar e de serem mal interpretados, o que tem dificultado a tomada de consciência em relação a importância de sua participação (SANTOS; ASSIS, 2006).

A **tabela 15** descreve a caracterização da opinião sobre avaliação do usuário da ESF de acordo com a variável sexo.

Tabela 15. Opinião dos sujeitos do estudo sobre a avaliação e participação, pela variável sexo, como usuário de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
Já opinou sobre atividades desenvolvidas na ESF?	N	%	n	%
Sim	76	39,4	14	58,3
Não	117	60,6	10	41,7
O acha sobre participar do processo de avaliação da ESF?				
Desacordo	4	2,1	0	0,0
Indiferente	10	5,2	1	4,2
De acordo	159	83,3	18	75,0
Totalmente de acordo	18	9,4	5	20,8

Quando perguntados se já haviam opinado sobre as atividades desenvolvidas na ESF 60,6% das mulheres nunca opinaram e 39,4% já opinaram. Dos homens 58,3% já opinaram e 41,7% nunca opinaram.

Quando perguntadas sobre o que achariam de participar do processo de avaliação das atividades 83,3% das mulheres responderam estar de acordo em participar, 9,4% responderam que estavam totalmente de acordo, 5,25 responderam que estavam indiferentes em participar, 2,1% responderam que estavam em desacordo de participar. Dos homens 75% responderam que estavam de acordo em participar, 20,8% responderam que estavam totalmente de acordo em participar, 4,2% responderam que estavam indiferentes em participar, e nenhum homem respondeu que estava em desacordo em participar.

A escuta das necessidades e sugestões/críticas dos usuários é fundamental ao processo de avaliação da atuação da ESF, sendo que estes podem apontar melhorias e desafios, bem como sugerirem caminhos coerentes a superação dos problemas (MOURA; AGUIAR, 2004).

Existe uma diferença entre as taxas de homens e mulheres que já opinaram, ou seja, dos homens a maioria já opinou, diferentemente das mulheres que a minoria opinou, sendo que as mulheres acabam utilizando mais os serviços de saúde em relação aos homens. Também quando perguntados sobre se estavam de acordo em avaliar a ESF ambos estavam de acordo em avaliar, entretanto, nenhum homem se colocou contrário avaliação, e algumas mulheres sim.

É possível imaginar que possa existir uma questão de gênero ligada aos aspectos de cidadania, ou ao fato de opinar ou não, avaliar ou não, entretanto, a histórica submissão da mulher ao poder médico pode sugerir o motivo pelo qual elas participem menos do que os homens do processo de avaliação dos serviços de saúde.

As avaliações de satisfação dos usuários de serviços públicos podem atuar como instrumentos para dar voz aos usuários (“voice giving”), criando com isso oportunidades de expressão nas quais os usuários possam monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os usuários, na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A dimensão da aceitabilidade comporta as variáveis através das quais os pacientes podem influir de forma mais direta na definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Tais condições como de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento, bem como tudo aquilo que o usuário considera justo ou equânime (VAITSMAN; ANDRADE, 2006).

A **tabela 16** descreve o **nível de satisfação** do usuário quanto à informação, tratamento e orientações sobre a sua doença, formas de obtenção da consulta, tempo de espera da consulta e tempo dedicado a consulta.

Tabela 16. Avaliação do nível de satisfação do usuário com relação às informações recebidas, marcação e atendimento de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	N	(%)
Está satisfeito com a informação recebida sobre a sua doença ?		
Sim	148	72,2
Não/Mais ou menos	57	27,8
Está satisfeito com a informação recebida sobre o seu tratamento ?		
Sim	133	69,3
Não/Mais ou menos	59	30,7
Está satisfeito com a informação recebida sobre as orientações a seguir em casa ?		
Sim	159	77,9
Não/Mais ou menos	45	22,1
Está satisfeito com a forma de obter a ficha para consulta ?		
Sim	126	60,9
Não/Mais ou menos	81	39,1
Está satisfeito com o tempo que permaneceu na sala de espera antes de entrar para a consulta?		
Sim	134	65,7
Não/Mais ou menos	70	34,3
Está satisfeito com o tempo dedicado à consulta?		
Sim	153	77,3
Não/Mais ou menos	45	22,7

Com relação à orientação de saúde para seguir em casa 77,9% afirmaram estar satisfeitos e 22,1% não/mais ou menos satisfeitos.

Quanto ao tempo dedicado à consulta 77,3% afirmaram estar satisfeitos e 22,7% não/mais ou menos satisfeitos.

No que diz respeito à satisfação quanto à informação recebida sobre a sua doença 72,2% afirmaram que sim, estavam satisfeitos e 27,8% não/ mais ou menos satisfeitos.

Quanto à informação sobre o tratamento da sua doença 69,3% afirmaram sim, que estavam satisfeitos e 30,7% não/mais ou menos satisfeitos.

Com relação ao tempo na sala de espera 65,7% afirmaram estar satisfeitos e 34,3% não/mais ou menos satisfeitos.

Quanto à forma de obtenção da consulta 60,9% afirmaram estar satisfeitos e 39,1% não/mais ou menos satisfeitos.

A maioria dos usuários investigados referiu estar satisfeitos com as atividades relacionadas ao processo do serviço. 70% dos usuários sugeriram maior satisfação com as

informações relacionadas ao seu estado de saúde para seguirem em casa, ao tempo dedicado a consulta, a informação recebida sobre sua doença,

E abaixo de 70 % e acima de 60% dos participantes sentiram satisfação com o tratamento sobre a sua doença, o tempo em sala de espera, e a forma de obtenção de consulta. Ou seja, como a taxa de participantes satisfeitos foi menor nestes último três a que se repensar sobre o número de insatisfeitos que ficou por volta de 30 a aproximadamente 40%, e com isso atentar para a qualidade no processo que pode ser potencializada pelo interesse da equipe em melhorar ainda mais a atenção do cuidado ao usuário.

De acordo com Vaitsmam e Andrade (2005) os pacientes evitam criticar os serviços devido ao viés criado, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência aos profissionais de saúde. E é comum encontrar em alguns usuários o que os autores chamam de “*gratitude bias*” sentimento de gratidão, sendo este achado comum em países periféricos, o que pode acabar dificultando uma visão mais crítica do atendimento.

A **tabela 17** descreve a avaliação do nível de satisfação do usuário com relação às informações recebidas e satisfação do usuário com relação marcação e atendimento por sexo.

Tabela 17-Avaliação do nível de satisfação do usuário com relação às informações recebidas, marcação e atendimento, pela variável sexo, de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	Feminino		Masculino	
	n	%	N	%
Está satisfeito com a informação recebida sobre a sua doença?				
Sim	134	73,2	14	63,6
Não/Mais ou menos	49	26,8	8	36,4
Está satisfeito com a informação recebida sobre o seu tratamento?				
Sim	120	70,6	13	59,1
Não/Mais ou menos	50	29,4	9	40,9
Está satisfeito com a informação recebida sobre as orientações a seguir em casa?				
Sim	144	78,7	15	71,4
Não/Mais ou menos	39	21,3	6	28,6
Está satisfeito com a forma de obter a ficha para consulta?				
Sim	112	60,5	14	63,6
Não/Mais ou menos	73	39,5	8	36,4
Está satisfeito com o tempo que permaneceu na sala de espera antes de entrar para a consulta?				
Sim	120	65,2	14	70,0
Não/Mais ou menos	64	34,8	6	30,0
Está satisfeito com o tempo dedicado à consulta?				
Sim	136	76,8	17	81,0
Não/Mais ou menos	41	23,2	4	19,0

Quanto à satisfação com a informação recebida sobre a sua doença 73,2% das mulheres estão satisfeitas e 26,8% não estão satisfeitas. Dos homens 63,6% estão satisfeitos e 36,4% não estão satisfeitos com a informação recebida sobre a sua doença.

Quanto à satisfação com a informação recebida sobre o seu tratamento 70,6% das mulheres estão satisfeitas e 29,4 não estão satisfeitas. Dos homens 59,1% estão satisfeitos e 40,9 não estão satisfeitos com a informação recebida sobre o seu tratamento.

Quanto à satisfação com as informações recebidas com orientações a seguir em casa 78,7% das mulheres estão satisfeitas com a informação para seguir em casa e 21,3% não estão satisfeitas. Dos homens 71,4% estão satisfeitos e 28,6% não estão satisfeitos com a informação recebida para seguir em casa.

Quanto à satisfação sobre a forma de receber a ficha para a consulta 60,5% das mulheres estão satisfeitas com a forma de obter a ficha para a consulta e 39,5% não estão satisfeitas. Dos homens 63,6% estão satisfeitos e 36,4% não estão satisfeitos com a forma de obter ficha para a consulta.

Quanto à satisfação sobre o tempo que permaneceu na sala de espera antes de entrar para a consulta, 65,2% das mulheres estão satisfeitas e 34,8% não estão satisfeitas. Dos homens 70% estão satisfeitos e 30% não estão satisfeitos com o tempo que permaneceu na sala de espera antes de entrar para a consulta.

Quanto à satisfação ao tempo dedicado à consulta 76,8% das mulheres estão satisfeitas e 23,2% não estão satisfeitas. Dos homens 81% estão satisfeitos e 19% não estão satisfeitos com o tempo dedicado à consulta.

Os homens estão mais satisfeitos com o tempo dedicado a consulta e as mulheres com as informações recebidas sobre orientações de saúde a seguir em casa.

A **tabela 18** descreve a distribuição das notas de avaliação para com o **trato da equipe da ESF e estrutura física do USF**.

Tabela 18. Distribuição das notas de avaliação para com o trato da Equipe da USF e da estrutura física de uma USF do município de Vera Cruz/BA, 2007.

Co-variáveis	$\bar{X} \pm \text{Desvio Padrão}$	≤ 7		> 7	
		N	%	n	%
Médico	8,4 $\pm$ 1,9	49	29,9	115	70,1
Enfermeiro	8,0 $\pm$ 2,3	65	34,8	122	65,2
Dentista	9,0 $\pm$ 1,7	20	17,4	95	82,6
Auxiliar/técnico de enfermagem	7,0 $\pm$ 2,8	96	48,7	101	51,3
Agente Comunitário de Saúde	8,7 $\pm$ 2,0	48	22,4	166	77,6
Recepcionista	7,5 $\pm$ 2,4	95	45,2	115	54,8
Estrutura física da Unidade de Saúde da Família	6,4 $\pm$ 2,7	113	56,5	87	43,5

Com relação à avaliação do trato médico 70,1% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7, e 29,9% avaliaram com notas inferiores a 7, a nota média com relação ao trato foi 8,4 com um desvio padrão de 1,9 (afastamento da nota em relação a média).

Com relação á avaliação do trato do enfermeiro 65,2% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7 e 34,8% avaliaram com notas inferiores a 7, a nota média com relação ao trato foi 8,0 com um desvio padrão de 2,3 (afastamento da nota em relação a média).

Com relação à avaliação do trato do dentista 82,6% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7, e 17,4% avaliaram com notas inferiores a 7, a nota média com relação ao trato foi 9,0 com um desvio padrão de 1,7 (afastamento da nota em relação a média).

Com relação à avaliação do trato do auxiliar/técnico de enfermagem 51,3% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7, e 48,7% avaliaram com notas inferiores a 7, a nota média com relação ao trato foi 7,0 com um desvio padrão de 2,8 (afastamento da nota em relação a média).

Com relação à avaliação do trato do ACS 77,6% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7, e 22,4% avaliaram com notas inferiores a 7, a nota média com relação ao trato foi 8,7 com um desvio padrão de 2,0 (afastamento da nota em relação a média); com relação a avaliação do trato da recepcionista 54,8% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7 e 45,2% avaliaram com notas inferiores a 7, a nota

média com relação ao trato foi 7,5 com um desvio padrão de 2,4 (afastamento da nota em relação a média).

Da avaliação da estrutura física da USF 56,5% avaliaram com notas inferiores a 7, e 43,5% dos entrevistados responderam com notas superiores a 7, sendo que a nota média foi 6,4 com um desvio padrão de 2,7 (afastamento da nota em relação a média).

Os profissionais que receberam as melhores avaliações foram o dentista, seguido do ACS, e do médico. O dentista foi o único profissional que ficou com nota superior a 8 independentes da oscilação do desvio padrão. E considerando a oscilação do desvio o médico, o ACS e o enfermeiro, a recepcionista e o auxiliar de enfermagem ficariam com nota abaixo de 7,0. Na USF estudada havia duas auxiliares de enfermagem, por isso, para todas as notas dadas em separado foi realizada uma média. Entretanto se for desconsiderado o desvio padrão a maioria dos profissionais ficaram com notas superiores a 8,0 e a minoria com notas entre 7,0 e 8,0.

Em estudo realizado por Trad et al (2002) e Gaioso e Mishima (2007) os usuários também expressaram um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe.

Sendo que no estudo realizado por Trad et al (2002) os profissionais mais destacados foram os agentes de saúde e os médicos. Entretanto, os dados encontrados em nosso estudo apresentam que os profissionais mais destacados foram o ACS, seguido do dentista.

Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir o atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois algumas pessoas não apresentam expectativas positivas de certas instituições públicas (VAITSMAN; ANDRADE, 2006).

A seguir os quadros 3 e 4 apresentam uma síntese dos achados do estudo quantitativo em relação a aceitabilidade/satisfação e inaceitabilidade/insatisfação dos usuários com a ESF.

Quadro 3 – Aceitabilidade/satisfação

Estrutura	Processo	Resultado
63% consideram o caminho bom	68% participam de algum programa na ESF	97,2% conhecem o ACS 93,5% conhecem o auxiliar de enfermagem 91,2% conhecem o enfermeiro 56,5% conhecem o dentista 54,4% conhecem o médico
79% freqüentam a ESF a mais de dois anos	81,8% já realizou algum exame laboratorial solicitado ou pelo medico ou pelo enfermeiro	82,3% afirmaram estar de acordo em participar da avaliação das atividades
25% leva em torno de 15 a trinta minutos de caminhada até a USF		77,9% estão satisfeitos com as orientações dadas para seguir em casa
		77,3% estão satisfeitos com o tempo gasto na consulta
		72,2% estão satisfeitos com a informação recebida sobre a sua doença
		69,3% estão satisfeitos com o tratamento da sua doença
		65,7% estão satisfeitos com relação ao tempo de espera para a consulta
		60,9% estão satisfeitos com a forma de obter a ficha para a consulta
		Com relação à nota para o trato recebido todos profissionais ficaram com nota superior a 7,0.

Quadro 4 – Inaceitabilidade / insatisfação

Estrutura	Processo	Resultado
37% consideram o caminho ruim	81,6% mulheres não participam de palestras 83,3% dos homens não participam de palestras	Considerando a oscilação do desvio padrão a maioria dos profissionais ficaram com nota inferior a 7,0.
99,1% utilizam outros serviços de saúde além da ESF	50,2% nunca foram encaminhados para médico especialistas	58,5% nunca opinaram sobre as atividades desenvolvidas na ESF
56,5 % avaliaram com nota inferior a 7,0 a estrutura física	59,6% nunca foram encaminhados para o hospital	

5. ESTUDO QUALITATIVO

Neste capítulo foram apresentados os resultados, análise e discussão dos dados qualitativos sobre aceitabilidade do usuário. No primeiro momento foram apresentados os sujeitos entrevistados que estão envolvidos na produção do cuidado da ESF.

No segundo momento apresenta-se o município de Vera Cruz, com ênfase na atenção a saúde no município antes e após a implantação da ESF. Em seguida se faz uma caracterização do bairro da USF estudada, apresentando dados da estrutura geográfica, social, econômica, caracterização da população do bairro, pois para entender a aceitabilidade do usuário é necessário ter uma visão geral do contexto que a USF estudada está inserida, dando início à construção dos caminhos da aceitabilidade do usuário.

No terceiro e último momento, após a caracterização do bairro foi montado o fluxograma analisador de Merhy (1997) na perspectiva do usuário que pretendeu mostrar a organização da USF apontando as potencialidades e interferências na aceitabilidade do usuário. A elaboração e análise do fluxograma foi o ponto fundamental e de partida para realizar a avaliação qualitativa da aceitabilidade do usuário a partir das dimensões de Donabedian (1969) de Estrutura-Processo-Resultado.

5. 1 Apresentação dos Atores da Produção do Cuidado em Saúde na ESF

Foram entrevistados 12 (doze) profissionais, 4 (quatro) ACS, 1 (um) recepcionista, 1 (um) auxiliar de serviços gerais, 2 (dois) auxiliares de enfermagem, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, o Secretário Municipal de Saúde, e o Coordenador da Atenção Básica.

Quadro 5 – Perfil dos profissionais de saúde da USF

Identificação	Escolaridade	Tempo de trabalho na área de saúde	Tempo que trabalha em ESF
P.1	Superior completo	13 anos	3 anos
P.2	Não informou	3 anos	3 anos
P.3	Não informou	2 anos	2 anos
P.4	Não informou	19 anos	4 anos
P.5	Ensino médio	9 anos	9 anos
P.6	Superior completo	Não informou	2 anos
P.7	Não informou	3 anos	Menos de um ano
P.8	Ensino médio	9 anos	9 anos
P.9	Superior completo	4 anos	3 anos
P.10	Superior completo	Não informou	Menos de um ano
P.11	Superior completo	4 anos	4 anos
P.12	Não informou	8 anos	8 anos

Foram entrevistados 9 (nove) profissionais do sexo feminino e 3 (três) profissionais do sexo masculino e com idades que variaram entre 30 e 50 anos.

De todos profissionais entrevistados 5 (cinco) referiram ter curso superior, entretanto, apenas 3 (três) referiram ter curso de pós-graduação (especialização) na área de Saúde Pública. Todos ACS referiram estar realizando o curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde. Dos 12 (doze) profissionais entrevistados 10 (dez) referiram ter recebido curso introdutório em saúde da família e 2 (dois) referiram não ter realizado o curso introdutório.

O tempo de trabalho dos profissionais da equipe na ESF variou de menos de um ano a 9 (nove) anos. A forma de contratação dos profissionais da USF estudada depende da função exercida. Da equipe, apenas 4 (quatro) referiram terem sido efetivados pela Prefeitura Municipal. Os 6 (seis) restantes referiram estar trabalhando por meio de contrato temporário e terceirizado, sendo contratados pela “Associação de Proteção à Maternidade e a Infância” (APMI) - entidade filantrópica mantenedora do hospital do município.

Neste estudo, como no estudo realizado por Reis et al (2007), também foi observado contratos com diferentes vínculos trabalhistas. Segundo estes autores, as diferenças dos contratos, bem como a fragilidade na contratação da equipe da ESF pode gerar pouca vinculação e baixa responsabilidade dos trabalhadores com os usuários, e dos gestores com a própria equipe.

5.2 Conhecendo o caminho da construção da aceitabilidade do usuário

O caminho da aceitabilidade do usuário/família pode ser construído com a ajuda dos profissionais de saúde e dos gestores, porque o processo de trabalho dos primeiros, no que se refere à lógica assistencial e relacional, ajudam a construir a aceitabilidade do usuário com o trato recebido. A qualidade do cuidado prestado poderá influenciar na decisão do usuário de seguir as orientações, o tratamento e de retornar para USF sempre que necessário.

Os gestores também podem contribuir para a aceitabilidade do usuário/família por meio das suas decisões sobre as prioridades das políticas de saúde local, no que se refere a organização dos serviços complementares como, por exemplo: a facilitação das referências e contra-referências para a rede de saúde; a garantia da oferta de exames (laboratoriais e outros); e a motivação para a participação social. Essas ações e decisões podem despertar um “feed back” do usuário/família, para a construção efetiva de um novo e fortalecido modelo assistencial voltado para a promoção da saúde e fortalecimento do SUS.

Sendo assim, se faz necessário a descrição do contexto de saúde do município antes e depois da implantação da ESF, destacando-se as questões relacionadas com a gestão e organização da saúde no município.

5.2.1 A atenção a Saúde em Vera Cruz/BA antes e após a implantação da ESF

De acordo com Cruz e Theodoro (2006a) até o ano de 2004 os serviços de saúde eram oferecidos no hospital municipal e em 15 postos de saúde, pouco estruturados, localizados em Mar Grande, Gameleira, Gamboa, Ilhota, Coroa, Baiacu, Barra do Gil, Conceição, Barra do Pote, Barra Grande, Aratuba, Tairu, Matarandiba, Jiribatuba e Cacha – Pregos.

O atendimento odontológico era oferecido em apenas 8 postos de saúde e só uma vez por semana. Havia apenas dois enfermeiros para o PACS que foi implantado no município em 1999 com 40 ACS divididos entre dois segmentos, um na zona urbana e outro na zona rural.

As ações de saúde da mulher estavam concentradas na unidade da Barra Grande, considerada como serviço de referência, onde eram realizados exames preventivos e consultas de pré-natal. As unidades bem como os postos de apoio funcionavam com uma auxiliar de enfermagem que realizava apenas procedimentos básicos de enfermagem (CRUZ; THEODORO, 2006a).

A partir do ano de 2005 por meio da lei 659/2005, foi feita a reestruturação da composição da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA (VERA CRUZ, 2006a).

O município foi mapeado em dez áreas de abrangência para a implantação de dez equipes de ESF, sendo uma USF implantada em cada localidade citadas a seguir: **Mar Grande**: (Mar Grande e Juerana); **Gamboa** (Gamboa, Ilhota, Maragogipinho e Penha); **Gameleira** (Gameleira, Barroca e Porto Sobrado); **Coroa** (Coroa, Taipoca, estrada do Baiacu e Barra do Gil); **Baiacu**, **Barra do Pote** (Barra do Pote e Conceição); **Barra Grande** (Barra Grande, Pedrão, Campinas e Ponta Grossa); **Aratuba** (Aratuba e Tairu); **Cacha Pregos** (Cacha Pregos, Catu e Berlinque); **Jiribatuba** (Jiribatuba e Matarandiba) (CRUZ, THEODORO, 2006a).

Em 2007, de acordo com o consolidado de dados gerais da área urbana e rural da ESF o município de Vera Cruz/BA contava com 5 USF na área urbana, cobrindo uma população de 18.086 pessoas, e 5 USF na área rural, com cobertura de 18.259 pessoas.

A área urbana do município de Vera Cruz possui 5.132 famílias cadastradas; com 4.724 domicílios com rede pública de abastecimento de água; 4.759 domicílios com energia elétrica; 4.024 domicílios com coleta pública de lixo; 321 domicílios com sistema de esgoto; e 4.778 casas de tijolos.

Tabela 19 - Consolidado de dados gerais da área urbana da ESF no município de Vera Cruz – BA (2007).

USF urbana	Nº de Pessoas	Famílias Cadastradas	Abastecimento de água Rede Pública	Energia elétrica	Destino de lixo Coleta Pública	Destino de fezes/urina Sistema de esgoto	Tipo de casa Tijolo
A	5814	1.634	1.478	1.589	1.147	509	1.432
B (USF Pesquisada)	3055	859	827	857	717	35	815
C	2.544	595	532	585	340	3	357
D	2145	647	617	629	579	4	603
E	2.506	649	644	646	538	3	642
Total	18086	5132	4724	4759	4024	321	4778

Fonte: SIAB Vera Cruz – BA (2007).

Já a área rural do município de Vera Cruz possui 5.217 famílias cadastradas; com 4.786 domicílios com rede pública de abastecimento de água; 4.860 domicílios com energia elétrica; 4.085 domicílios com coleta pública de lixo; 329 domicílios com sistema de esgoto; e 4.857 casa de tijolos.

Tabela 20 - Consolidado de dados gerais da área rural da ESF do município de Vera Cruz – BA (2007)

USF Rural	Nº de Pessoas	Famílias Cadastradas	Abastecimento de água Rede Pública	Energia elétrica	Destino de lixo Coleta Pública	Destino de fezes/urina Sistema de esgoto	Tipo de casa Tijolo
F	3.742	1.111	1.068	1.098	803	267	1.051
G	3.308	1.059	980	896	893	25	1.021
H	4.491	1.264	1.132	1.186	929	18	1.150
I	3.564	906	862	872	758	11	804
J	3.154	877	744	808	702	8	831
Total	18.259	5.217	4.786	4.860	4.085	329	4.857

Fonte: SIAB Vera Cruz – BA (2007)

No mês de março de 2005, no município de Vera Cruz/BA foram implantadas dez equipes de saúde da família, com uma cobertura de 80%. As equipes foram compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, os ACS, o pessoal administrativo e o pessoal dos serviços gerais. No mês de julho de 2005 foram implantadas seis equipes de saúde bucal. A maior parte dos profissionais da ESF foram contratados de forma terceirizada pela APMI, sob regime celetista, com carga horária total de 40h, sendo 8 horas diárias, o restante dos profissionais são efetivos, incorporados a equipe devido a implantação da ESF. O número de ACS subiu de 40 para 65 (CRUZ; THEODORO, 2006b).

O município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal no ano de 2006, e com isso, assumiu o compromisso com a média complexidade (CRUZ; THEODORO, 2006b).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado no ano de 2002, todavia, até 2004 não havia sido realizado nenhuma plenária. Em janeiro de 2005 foi convocada a primeira reunião com a comunidade com o objetivo de esclarecer sobre o conselho e destituir o anterior, cujo mandato já havia expirado. Nesta mesma reunião foi apresentada a ESF como estratégia viável para reorganizar a atenção básica no município (CRUZ; THEODORO, 2006b).

Atualmente o CMS é composto por 12 membros, 25% profissionais de saúde, 25% representantes do poder executivo local e entidades filantrópicas, e 50% de usuários. O CMS deu suporte a formação de oito Conselhos Locais de Saúde (CLS) (CRUZ; THEODORO, 2006b).

De acordo com Brasil (2008), o CMS não possui sede própria, não conta com linha telefônica, nem dispõe de computador com acesso à Internet. Na gestão que teve início em 01/2005, o Presidente do Conselho, representando o segmento dos gestores, foi eleito, os Conselheiros foram eleitos e/ou indicados para exercer um mandato de 2 anos. As reuniões ordinárias do CMS, cujas datas e locais são divulgadas para a população, têm periodicidade mensal e são abertas à população, que não tem direito à voz. As atas das reuniões não são disponibilizadas para consulta pública.

Em relação ao financiamento, o CMS não possui dotação orçamentária própria, não elabora seu orçamento e não tem autonomia para gerenciá-lo. O Conselho não teve conselheiros capacitados em 2003 e 2004. Os temas considerados prioritários para futuras capacitações são: a "Participação Social", a "Gestão Pública", e a "Avaliação dos Conselheiros" (BRASIL, 2008).

O município conta com 10 equipes de saúde da família, 01 equipe de PACS, 02 unidades do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), 01 Hospital Filantrópico (CRUZ; THEODORO, 2006b).

Em 2005 foi criado 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Farmácia Popular do Brasil e o Sistema de Regulação (SIGA - SUS) que objetivava o agendamento de consultas, exames e acompanhamento dos usuários (VERA CRUZ, 2005a).

A Secretaria Municipal de Saúde assumiu a gestão do HGM em junho de 2006. O hospital disponibiliza para população: serviços de laboratório, ultra-sonografia, radiodiagnóstico, eletrocardiograma, consultas de angiologia, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, pediatria, urologia, otorrinolaringologia, clínica médica, clínica cirúrgica, e ambulatório da dor. O município ainda utiliza os serviços do HGI como, por exemplo, o serviço de cardiologia (CRUZ; TEODORO, 2006b).

Dentre os trabalhos acadêmicos desenvolvidos em serviços de saúde de Vera Cruz/BA Cruz e Teodoro (2006b) observaram as seguintes fragilidades relativas ao cotidiano dos serviços, bem como de seus profissionais, sendo eles:

- a) Descontinuidade do tratamento no CAPS, por que muitos pacientes não podem freqüentar regularmente as atividades devido a não terem condições financeiras para o transporte até o serviço;
- b) A Farmácia Popular é pouco procurada pelos pacientes e não aceita prescrição dos enfermeiros. Problemas com a compra de materiais de consumo, e equipamentos, devido ao tempo de espera das licitações;

- c) Problemas no processo de trabalho e na compreensão da ESF por parte dos profissionais, ou seja, algumas USF ultrapassam o número de famílias preconizado pelo Ministério da Saúde; dificuldades de transporte para visitas domiciliares; supervisão e distribuição de material durante as campanhas de vacinação prejudicando a melhoria da cobertura vacinal, bem como a falta de capacitação profissional sobre a estratégia;
- d) Rotatividade do profissional médico, o baixo salário dos odontólogos, os funcionários efetivos foram incorporados as USF sem adequação salarial e isso, de certa forma, vinha causando insatisfação por parte destes profissionais que tem reivindicado a equiparação salarial;
- e) O perfil epidemiológico e sócio demográfico identificado a partir do cadastramento e do atendimento das famílias mostra que a hipertensão aparece como problema de saúde prioritário, seguido da diabetes. Mostra ainda um elevado número de pessoas com deficiências físicas ou alcoolistas. Em muitos domicílios, ainda se consome água sem tratamento.
- f) Em muitos domicílios, ainda se consome água sem tratamento.
- g) A análise do SIAB e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) sinaliza problemas nas áreas de saúde da mulher e da criança, como por exemplo, a baixa cobertura e consultas de pré-natal, baixo peso ao nascer, baixo percentual de amamentação exclusiva até os seis meses, muitas mulheres realizando o pré-natal no hospital e muitas mulheres optando por terem seus filhos no HGI.
- h) Insuficiente disponibilidade de Anticoncepcional oral e preservativos.
- i) Em alguns momentos existe falta de material para preventivo e procedimento odontológico coletivo.
- j) Elevada incidência de tuberculose e um baixo percentual de cura. As coordenações do PACS/ESF e de saúde bucal do município, possuem equipes reduzidas, tendo com isso, o seu processo de trabalho pautado mais na operacionalização do que na coordenação/supervisão técnica das equipes e ACS.

E como propostas Cruz e Teodoro (2006b) sugerem:

- a) A equiparação dos salários dos profissionais efetivos incorporados às equipes;
- b) Ampliar de 10 para 13 equipes de saúde da família; a compra de um ônibus para transporte dos usuários do CAPS;

- c) A realização de um novo mapeamento das localidades; adequação do perfil profissional para saúde pública de todos os componentes da equipe por meio de processos seletivos;
- d) A criação de uma política de captação e retenção de profissionais no município, sendo que para os médicos têm sido oferecido oportunidades de plantões no hospital e na SAMU;
- e) A organização de uma comissão para elaborar um plano de carreira com classificação de cargos e salários;
- f) Os odontólogos com algum tipo de especialização também oferecer possibilidade de trabalho no CEO, que esta em fase de implantação e negociação;
- g) A rediscussão do modelo assistencial, implantação de protocolos, estruturar modelos de remuneração,
- h) A instituição de campos de prática para graduação e pós-graduação, bem como facilitar pesquisas acadêmicas; avaliação da aceitabilidade da estratégia, bem como a regulação da demanda para outros níveis de complexidade.

Em 2007 a proposta para a política de saúde do município sofreu alguns retrocessos que acabaram precarizando a ESF, ou seja, a retirada dos cirurgiões dentistas das USF; a proposta de redução de equipes da ESF e possíveis demissão; a redução salarial dos enfermeiros e cirurgiões dentistas. Essas mudanças ocorreram porque mais de 74% dos recursos da SMS estavam sendo gastos com a folha de pagamento, ultrapassando 20% que dispõe a lei de responsabilidade fiscal. Essas mudanças foram apenas comunicadas ao CMS e não houve consulta a população. Estes pontos tensionadores que podem interferiram na aceitabilidade do usuário serão discutidos mais adiante no trabalho.

5.2.2 A área adscrita e a Unidade de Saúde da Família

A USF estudada se localiza na área urbana do município de Vera Cruz, localizado na ilha de Itaparica. A área estudada é composta por três bairros identificados como 1, 2, 3.

A USF abrange uma população de 3.055 pessoas, com 1501 pessoas do sexo masculino e 1.554 pessoas do sexo feminino, sendo que apresenta uma população de 12 crianças menores de um ano; 192 crianças de 0 a 4 anos de idade; 345 crianças de 5 a 9 anos; 366

adolescentes de 10 a 14 anos; 287 jovens de 15 a 19 anos; 1.016 pessoas de 20 a 39 anos; 330 pessoas de 40 a 49 anos; 209 pessoas de 50 a 59 pessoas e 298 pessoas maiores de 60 anos.

A USF possui 859 famílias cadastradas divididas em 4 microáreas. A microárea I possui 15,7% das famílias cadastradas da área de abrangência da USF; a microárea II possui 35,8%; a microárea III possui 32,3% e a microárea IV possui 16,2%.

Tabela 21 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da USF estudada.

Idade/ Sexo	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	7	105	174	191	150	500	146	84	144	1501
Feminino	5	87	171	175	137	516	184	125	154	1554
Nº de pessoas	12	192	345	366	287	1016	330	209	298	3055

Fonte SIAB Município Vera Cruz (2007)

A microárea I tem 134 famílias, todas as casas são de tijolo/adobe, 134 casas têm energia elétrica, 131 tem abastecimento de água pela rede pública, 132 tem coleta pública de lixo, e 133 tem fossa. Esta microárea está localizada no bairro 2.

Tabela 22 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea I

Sexo/ Idade	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	0	9	21	22	8	74	23	21	32	210
Feminino	0	12	20	20	20	74	29	24	44	243
Nº de Pessoas	0	21	41	42	28	148	52	45	72	453

Fonte SIAB Município Vera Cruz (2007)

A microárea II tem 308 famílias cadastradas, 267 são de tijolo/adobe, 306 casas têm energia elétrica, 288 tem abastecimento de água pela rede pública, 178 tem coleta pública de lixo, e 245 tem fossa. Esta microárea está localizada nos bairros 1 e 3. Ela apresenta um número muito superior de famílias e pessoas por ACS em relação às outras microáreas.

Tabela 23- Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea II

Sexo/ Idade	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	4	57	83	80	71	165	56	25	55	596
Feminino	3	33	76	77	68	184	53	32	41	567
Nº de pessoas	7	90	159	157	139	349	109	57	96	1163

Fonte SIAB Município Vera Cruz (2007)

A microárea III tem 139 famílias cadastradas, 137 são de tijolo/adobe, 139 casas tem energia elétrica, 138 tem abastecimento de água pela rede pública, 139 tem coleta pública de lixo, e 134 tem fossa. Esta microárea está localizada no bairro 2.

Tabela 24 – Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo da Microárea III

Sexo/ Idade	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	0	14	26	27	21	98	19	12	21	238
Feminino	0	11	28	25	17	89	35	28	23	256
Nº de pessoas	0	25	54	52	38	187	54	40	44	494

Fonte SIAB Município Vera Cruz (2007)

A microárea IV tem 278 famílias cadastradas, 277 são de tijolo/adobe, 278 casas tem energia elétrica, 270 tem abastecimento de água pela rede pública, 268 tem coleta pública de lixo, e 245 tem fossa. Esta microárea está localizada também no bairro 2.

Tabela 25 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por idade e sexo Microárea IV

Sexo/ Idade	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	3	25	44	62	50	163	48	26	36	457
Feminino	2	31	47	53	32	169	67	41	46	488
Nº de pessoas	5	56	91	115	82	332	115	67	82	945

Fonte SIAB Município Vera Cruz (2007)

Duas das quatro microáreas têm o número de famílias superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde que seria de até 150 famílias por ACS e as outras duas estão dentro do preconizado, entretanto, estão próximo das 150 famílias o que sugere que além de uma reorganização das famílias pelos 4 ACS, a urgência da contratação de no mínimo outros dois ACS.

O problema de insuficiência de ACS fica mais visível na microárea II, que abrange os bairros 1 e 3, de maior vulnerabilidade¹² e com mais necessidades de infraestrutura e qualidade de vida, já que apresenta sérios problemas de alagamentos em épocas de chuva, pouca iluminação das ruas, pouco comércio e telefones públicos e dificuldade de acesso. No que se refere à distância da USF, o bairro 2, considerando que este tem uma melhor infra-estrutura e possui uma qualidade maior de equipamentos sociais.

¹² "a proposta da vulnerabilidade aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, pode ser resumido justamente como este movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade aos adoecimentos" (AYRES et al., 2003, p. 123).

A área da USF estudada apresenta 46 usuários diabéticos; 257 hipertensos; 41 portadores de alguma deficiência; 17 alcoolistas – sendo 1 menor que 15 anos; e 19 gestantes com 3 menores de 20 anos.

Tabela 26 - Síntese do consolidado das famílias cadastradas por doença e condição referida.

Doença referida/ Faixa etária	ALC	CHA	DEF	DIA	EPI	HA	Condição referida/ Faixa etária	GES
0 a 14 anos	1		6		1		10 a 19 anos	3
15 anos ou mais	16	1	35	46	3	257	20 anos ou mais	16
Total	17	1	46	46	4	257	Total	19

Fonte SIAB Município Vera Cruz (2007)

Destaca-se a que 23 portadores de algum tipo de deficiência e 6 gestantes residem nos bairros 1 e 3, mais afastado da USF, de maior dificuldade de acesso e maior vulnerabilidade social.

De acordo com a observação realizada o bairro com maior vulnerabilidade social é o 1. O bairro 2 apresenta situação mais favorável sócio-economicamente, inclusive abrange um condomínio residencial de veraneio e o bairro 3 encontra-se em situação intermediária, como identificado na observação a seguir.

Fomos pela praia que segundo o ACS é o melhor acesso ao loteamento, entretanto, quando chove ou a maré fica cheia não se pode passar [...] o caminho da USF até o bairro 1 é ruim, com pedras, subidas e decidas, acesso difícil [...] um caminho muito desnivelado, com areia e pedras e barro pelo caminho, após contornar os fundos de um condomínio fechado de casas de veraneio [...] sendo que do lado de fora o condomínio havia lixo [...] pela praia chegamos até o bairro, um lugar em meio à mata atlântica com árvores de dendê [...]. As casas não possuíam nenhuma infraestrutura, tinham esgoto a céu aberto, casas de alvenaria não terminadas, de taipa e madeira, até barraca adaptada de lona [...] a maioria dos domicílios são de pessoas de baixo poder aquisitivo [...] na caminho havia crianças descalças e dentro de lagoas; cachorros soltos e também a presença de pequenas queimadas, algumas pessoas cozinhando em fogo de chão [...] o bairro tem terreiro de candomblé, igreja católica e igreja evangélica, não foi observado nenhum comércio próximo [...] uma escola municipal pequena, com alunos de diferentes idades, dividindo a mesma sala e o quadro negro, a volta da escola tem um capinzal alto [...] sala pouco iluminada e ventilada, além das crianças ainda estavam presentes a professora, a diretora e a moça responsável pela alimentação. A mesa da diretora fica na porta da escola sobre uma mesa escolar. Numa rede no teto da escola, num lugar adaptado para ser a dispensa, estavam guardados os alimentos juntos com os insumos de limpeza, juntamente com uma maca que a comunidade se reuniu para comprar e poder transportar as pessoas com dificuldade de acesso até ao posto, por mar com a ajuda de “caícos”, quando a maré esta cheia [...] o acesso por terra é praticamente impossível para automóveis devido a presença tanto da mata e de pedras, quanto de desníveis. Algumas casas ficam distantes das outras. (OBS 1).

Figura 1 – Desenho do mapa bairro da USF estudada

¹³ A Baía de Todos os Santos é a maior baía brasileira e a segunda maior do mundo. Foi nominada desta forma em 1501, quando uma expedição comandada por Gaspar de Lemos, acompanhado por Américo Vespúcio chegou em terras brasileiras no dia 1 de novembro (dia de todos os santos, de acordo com a religião católica), por esse motivo todos os acidentes geográficos foram nomeados de acordo com os santos dos dias - cabendo à baía, local mais tarde escolhido para ser fundada a cidade que seria a sede da primeira capital brasileira - Salvador. Nela estão localizadas algumas ilhas, dentre as quais a maior e mais importante é a de Itaparica. As outras ilhas da baía são Ilha dos Frades, Ilha de Maré e Ilha de Bom Jesus (PEREIRA, 2006).

Os outros dois bairros que fazem parte da área de abrangência da USF são mais próximos do asfalto e da USF.

[...] o bairro 2, é a área mais próxima da USF, e com o maior número de famílias. Existe calçamento com paralelepípedos (alguns desnivelados) na maioria das ruas [...] algumas ruas possuem pequenas subidas e decidas, por um dos caminhos é necessário passar por uma ponte sobre um rio com lixo e capim alto [...] Em alguns lugares existe esgoto a céu aberto. As casas na sua maioria são de alvenaria, existem comércios, bares, mercados, telefones públicos, pousadas [...] acesso para praia [...] em alguns pontos do loteamento que ficam de vista para o mar é possível ver pescadores e barcos no mar, crianças e mulheres na beira mar, e a cidade de Salvador [...] (OBS 2).

[...] o bairro 3 parece um meio termo entre 1 e 2 [...] tem residências carentes barraca adaptada de lona e taipa e casas de alvenaria de dois andares [...] possui telefones públicos e comércio [...] crianças descalças, cachorros, macacos, galinhas, cavalo entre outros animais soltos e também a presença de pequenas queimadas [...] possui terreiro de candomblé e igrejas evangélicas e católica [...] as ruas são de terra sem calçamento e segundo o ACS é uma área que quando chove apresenta muitos alagamentos que muitas vezes invadem as casas de muitas famílias [...] este loteamento também é longe da USF, entretanto existe caminho com melhor acesso pelo interior do bairro ou pelo asfalto até a USF (OSB 3)

É importante entender a realidade sócio-econômica da área adscrita, bem como a situação de cada um dos seus bairros, pois isso pode ajudar a compreender as questões que envolve a aceitabilidade do usuário em relação ao indicador de acesso para USF.

5.3 Seguindo pelos caminhos da aceitabilidade do usuário

Para que se facilite o entendimento dos fatores que envolvem a aceitabilidade do usuário, bem como sua avaliação sobre a ESF se faz necessário à apresentação do Fluxograma Analisador do Modelo Assistencial de Merhy (1997) que ajuda a sinalizar de uma forma mais clara os fatores condicionantes para avaliar a aceitabilidade do usuário.

Merhy (1997) diz que ao se observar um serviço de saúde, de qualquer natureza, há que se perceber algumas características sobre o “fazer saúde”, mas para isso é necessário identificar certos aspectos do serviço como: quem trabalha, como trabalha, para quê, por quê e a quem assiste.

De acordo com este mesmo autor os símbolos utilizados no fluxograma são universais, a elipse caracteriza a entrada e a saída do usuário no serviço. O retângulo mostra os momentos em que se realizam as etapas do trabalho, é onde se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos que vão servir para abrir novas etapas no

serviço. O losango representa os momentos que o serviço enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, são momentos de decisões e de possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas (MERHY, 1997).

Este fluxograma ajuda a representar o que aconteceu na USF desde a entrada do usuário até a saída ou não¹⁴ deste do serviço, e que processos chaves ocorreram e caracterizaram o serviço no momento observado (COIMBRA, 2007).

Mehry (1997) cita ser importante descrever cada etapa do fluxograma dos usuários, para poder analisar o encontro usuário/profissional e como foram feitos os encaminhamentos, sendo assim nesta pesquisa também ajudará a entender a aceitabilidade do usuário.

A análise da saída pode proporcionar a visualização do acolhimento e verificar se este permeou todo o processo de trabalho e se a necessidade foi resolvida ou encaminhada de uma maneira satisfatória para o usuário. O fluxograma analisador é uma alternativa para o serviço de saúde centrar sua assistência no usuário (COIMBRA, 2007).

O fluxograma analisador abaixo caracteriza interfaces norteadoras da aceitabilidade do usuário, uma vez que apresenta os “ruídos”, os “nós críticos”, e os (indicadores) “eventos propulsores de aceitabilidade¹⁵” encontrados tanto no estudo quantitativo quanto no qualitativo.

Sendo assim, define-se “ruídos” como as situações que são destoantes, os estranhamentos, as falhas ou contradições que aparecem no processo de trabalho (BERNARDES et al, 2007). E “nós críticos” como as situações que envolvem os processos externos ao serviço, ou seja, fatos que correspondem à organização da gestão, políticas municipais de saúde e outros fatores externos que influenciam direta ou indiretamente na produção da qualidade da assistência.

Foi criada neste trabalho a expressão “eventos propulsores de aceitabilidade” com a idéia de explicar o movimento realizado pela equipe, pela organização do próprio serviço e pelas políticas locais e não locais de saúde que podem contribuir para a aceitabilidade o no usuário. Considera-se que esses eventos propulsores são indicadores de eventos de qualidade explicitados no capítulo sobre avaliação deste estudo.

O fluxograma a seguir foi montado a partir dos dados do estudo quantitativo e qualitativo, ele apresenta de forma sucinta o fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde do município, os ruídos, nós críticos e eventos propulsores de aceitabilidade.

¹⁴ Utiliza-se a palavra saída ou não por que na ESF os usuários não têm alta, eles estão sempre vinculados a USF, sua alta é somente dada em caso de mudança de área adstrita.

¹⁵ **Propulsor** é o que propulsa, produz propulsão e que produz movimento (BUENO, 1989).

Esquema 2 - FLUXOGRAMA ANALISADOR DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA ACEITABILIDADE DO USUÁRIO

Fonte: Fluxograma Analisador adaptado de KANTORSKI et al (2006) e COIMBRA (2007)

O fluxograma analisador na perspectiva da aceitabilidade do usuário resume os ruídos no processo de trabalho da equipe da USF e os nós críticos da ESF no município na visão do usuário que interferem na satisfação e os “eventos propulsores da aceitabilidade” do usuário dentro da perspectiva de avaliação de Donabedian (Estrutura, Processo, Resultado).

Na **Estrutura** foi encontrado os **nós críticos** do acesso geográfico dos bairros 1 e 3 a USF (sem transporte e com um precário caminho por terra); e também a distância da área até o hospital do município; a obtenção das fichas para cirurgião dentista; e a rotatividade do profissional médico.

Em relação aos **ruídos** encontrados a área física foi um gerador de insatisfação, assim como uma baixa satisfação com relação à recepção.

Na avaliação do **Processo** foram encontrados **ruídos** importantes que interferem na aceitabilidade do usuário que foram: a não utilização de tecnologias leves (acolhimento e humanização) por parte de alguns profissionais da USF; a ausência de grupos; a não realização de educação em saúde, o baixo número de visitas domiciliares do enfermeiro ou médico; a ausência, no momento, de cirurgião dentista ocasionando a descontinuidade do tratamento dentário de alguns usuários.

Ainda como ruído no Processo foi observado um alto percentual de pessoas que utilizam outros serviços de saúde além da ESF. Este dado mostra a mobilidade das pessoas com relação à utilização dos serviços, partindo do pressuposto que a atenção primária pode resolver aproximadamente 85% a 90% dos problemas de saúde esse dado pode representar problemas na resolubilidade da USF e um baixo estabelecimento de vínculo.

Como **eventos propulsores de aceitabilidade**: A maioria dos entrevistados participa de algum programa oferecido pela ESF, a maioria também refere já ter realizado algum exame laboratorial, a habilitação do município da Gestão Plena Municipal trouxe benefícios para garantia de alguns especialistas.

Já com relação avaliação do **Resultado** foi encontrado como **nós críticos** o acesso geográfico ao hospital; a não disponibilidade de todos os exames de pré-natal no município; e os encaminhamentos para consulta com especialistas no município de Salvador.

O acesso geográfico ao hospital dificulta aos usuários a realização e busca de exames, pois o transporte é em número ineficiente e de alto custo para a maioria da população do bairro e, especialmente difícil, para usuários acamados. Além disso, a falta de alguns exames de pré-natal no município e o encaminhamento para consultas com especialistas no município de Salvador-Ba é difícil, devido, novamente, à impossibilidade de transporte.

Como **eventos propulsores de aceitabilidade**: foi observado que a maioria da comunidade conhece os profissionais da equipe de saúde da família, a maioria também está satisfeito com o trato recebido e a maioria dos profissionais na opinião dos usuários receberam notas acima da média 7. O Conselho Local de Saúde é importante para a efetivação da participação social. Existe três profissionais da equipe que compõe a equipe.

Starfield (2002) diz que os profissionais de saúde conhecem o sistema, mas que o usuário vai para a casa e logo a maioria encontra barreiras que não consegue lidar. É interessante salientar que muitas vezes os profissionais orientam o caminho correto, mas muitas vezes não se dão conta que existem certas barreiras de acesso neste caminho e/ou a qualquer outra necessidade de saúde que para os profissionais de saúde, por possuírem conhecimento técnico, seria de fácil resolução, entretanto, para os usuários, que nem sempre tem conhecimento técnico não conseguindo romper a barreira, sendo adequados pela mesma, com isso seu problema é resolvido pela metade, ou não resolvido.

E como **eventos propulsores de aceitabilidade** foi encontrado que a maioria dos usuários conhecem os profissionais, até mesmo por que a maioria dos profissionais estão na USF desde sua abertura, mesmo tendo alta rotatividade de profissionais médicos.

A maioria está satisfeito com o atendimento realizado na USF, com a forma de obter a ficha, o tempo de espera, as informações dadas, as orientações dadas para seguir em casa, inclusive com o tempo de consulta.

Além do fluxograma foi utilizado como complemento análises das entrevistas dos profissionais sobre a Estrutura, Processo e Resultado, com a finalidade de ajudar na compreensão da aceitabilidade do usuário, uma vez que o profissional é parte chave do microsistema de saúde dentro e fora da USF no que se refere a todos atributos do fazer saúde e sua percepção sobre as condições da USF. As atividades desenvolvidas pelos profissionais pode tanto ser positivo, quanto negativo para a atenção à saúde do outro e para o processo de trabalho.

5.4 A avaliação da Estrutura da Unidade de Saúde da Família – onde tudo começa

Para avaliar a Estrutura se faz necessário conhecer o contexto e os determinantes de saúde da comunidade para a criação da USF na área adscrita, ou seja, é possível inferir que tudo começa na chegada da USF ao bairro.

A facilitação deste acesso para a comunidade é importante para a atenção à saúde das pessoas e das famílias de uma forma geral, pois de acordo com Starfield (2002) as doenças manifestadas estão grandemente influenciadas pelo seu contexto social, e que a atenção ao primeiro contato é muito importante, para reduzir a morbidade e mortalidade na comunidade.

Segundo Brasil (2002a) a sensibilização de gestores, profissionais de saúde, população, políticos e CMS, é fundamental para o sucesso da estratégia, uma vez que esta propõe a reorganização da APS, e conseqüentemente de todo sistema de saúde, mas para isso é necessário a participação de todos envolvidos e interessados na reversão do modelo assistencial.

A implantação da USF se dá inicialmente, por áreas prioritárias, sendo que a primeira prioridade se dá na necessidade de facilitar acesso das pessoas a serviços de saúde, garantindo com isso, ou buscando garantir a o princípio da igualdade de para todos os cidadãos.

Uma segunda prioridade para a implantação da USF na área seria o reconhecimento de risco social na área, que geralmente, vem associado a uma maior vulnerabilidade de adoecer e de morrer.

A USF estudada foi implantada em uma área de grandes necessidades sociais, uma área onde as pessoas, em sua maioria, apresentam baixa escolaridade e baixa renda mensal, ou, em algumas situações, nenhum tipo de renda mensal. É uma comunidade que, na sua maioria, está envolvida com a pesca e/ou atividades de turismo que geram renda apenas no verão. A implantação da USF se deu entre o final de março e início de abril. Ela foi implantada no antigo posto de saúde local, o qual foi adaptado para sua implantação.

A USF fica localizada no bairro 2 a uma quadra do mar, nesta localidade as condições sócio-econômicas são mais favoráveis.

Sabe-se que a equipe na maioria das vezes não é a responsável direta das condições físicas da USF. Entretanto, podem ajudar a melhorar a ambiência e por isso é importante reconhecer como e de que forma os profissionais da equipe percebem esta estrutura e suas características; no que se refere o reconhecimento ou não das limitações e adequações da estrutura física que podem influenciar na aceitabilidade do usuário.

A estrutura é importante para a qualidade quando aumenta ou diminui a probabilidade de uma boa atuação. Existem muitos atributos da estrutura que podem ser desejáveis ou indesejáveis por razões alheias a sua contribuição para a qualidade da atenção. Estes atributos são irrelevantes para as avaliações de qualidade da atenção, ainda que possam

ser importantes para outra série de considerações usadas para julgar a qualidade das instituições, dos programas ou sistemas que prestam cuidados médicos (DONABEDIAM, 1984).

A unidade deve ser compatível tanto com a atividade da equipe quanto com o imperativo de acolher às demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessários. Os espaços devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade, ao número de usuários esperados e também para viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem (BRASIL, 2006c).

A estrutura física será descrita e avaliada de acordo com o manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família produzido pelo Ministério da Saúde. A seguir é possível observar o desenho da Estrutura física da USF.

Figura 2- Desenho da Estrutura USF

A USF é uma construção de alvenaria com 14 salas adaptadas, destas três são sanitários, um para os usuários na recepção, e os outros dois estão localizados um no consultório de enfermagem e o outro no consultório médico.

Tem ainda uma sala para a recepção com bancos, e três garrafas com água para os usuários com um copo de vidro. Uma sala de espera, uma sala para a vacina, uma sala para a farmácia e outra para procedimentos de enfermagem, uma sala para o expurgo, uma sala para a esterilização e a copa. Existem três consultórios o do dentista, o do enfermeiro e o consultório médico. Não tem nenhuma sala para realização de atividades de grupo e/ou educação em saúde.

A seguir será descrito sucintamente as condições físicas e materiais das salas da USF.

- Descrição da Estrutura do Consultório do Dentista

O consultório do dentista (identificação na porta – “Consultório do Dentista”) possui dois basculantes que emitem claridade, a sala é iluminada. Possui um ar condicionado que funciona adequadamente.

A sala tem as quatro paredes de tijolos. Três paredes possuem lajota até a metade e a outra é de tijolo pintado de branco, possui pontos de mofo no canto das paredes, principalmente junto a uma pia de lavagem das mãos, o piso do consultório é de lajota.

Em cima da pia tem sabão em barra e toalhas de papel. Esta pia fica no canto da sala do lado de um armário com portas de vidro fechado que armazena vários materiais de uso odontológico como (anestesias, luvas descartáveis, medicamentos, matérias de curativo dentário, dentre outros).

Ao lado deste armário tem um balcão com uma pia inox que não está desativada, esse balcão é usado com mesa de depósito de materiais. Dentro da pia tem várias pinças e bandeja de uso do dentista. Em cima do balcão ainda tem caixas de alumínio com material para esterilizar e um sugador. Dentro do balcão da pia inox estão guardados galões de água oxigenada, álcool, gaze, algodão, e nas gavetas material de escritório pertencente ao dentista.

Verticalmente a esse balcão de pia, fica uma mesa de uso do dentista encostada na parede com uma cadeira. Em cima da mesa tem alguns blocos de receituário. Na parede a cima da mesa de frente para quem senta tem um cartaz com orientações de como realizar uma boa escovação, passar fio dental e tipos de lesões no dente. Possui também um papel escrito a mão com orientações para a ACD substituta de como fazer as bandejas.

Na parede do lado da cadeira do dentista tem um cartaz sobre “saúde bucal toda vida”. O consultório possui uma cadeira odontológica com foco, máquina de obturação, sugador. Foi observado que este é o único consultório dos 3 que possui pia para lavagem das mãos, os outros dois possuem banheiro integrado a sala com pia. Todos os materiais de odontologia (da cadeira de dentista as pinças), de escritório e balcão de pia são aparentemente novos e em ótima condição para uso. Como não está mais havendo consultas odontológicas o consultório é usado pelos ACS para fazerem seus relatórios. O dentista estava a mais ou menos 2 anos (desde que começou a ESF) tinha uma ACD, quando esta saiu de férias a auxiliar de serviços gerais ficou como ACD substituta. Fazia poucas semanas que as equipes de saúde bucal da atenção básica haviam sido dispensadas das USF.

- Descrição da Estrutura do Consultório do Enfermeiro

O consultório possui uma porta de entrada (identificação – “Consultório do Enfermeiro”) e não possui janelas, tem pouca iluminação. Possui um ventilador de teto que faz a ventilação do ambiente.

As paredes tinham lajota até a metade, à outra metade era de tijolos pintados de branco. A pintura estava descascando e apresentava alguns pontos com mofo e rachaduras. Nas paredes estavam afixados cartazes e avisos (total de cartazes 3 grandes feitos a mão – um desses cartazes era o mapa da área adscrita; 7 avisos colados na parede).

O consultório possui uma mesa com duas cadeiras. A mesa está localizada a esquerda de quem entra bem ao lado da porta. O enfermeiro fica de costas para a parede do lado da porta. Na mesa do enfermeiro tinham alguns papéis, canetas, calendário e blocos de receituário.

A lixeira da sala é de pedal e fica encostada na parede do lado de enfermeiro. O piso é toda de lajota.

A maca ginecológica estava encostada na parede de forma longitudinal e de frente para a porta de entrada e para a porta do banheiro. Abaixo da maca ginecológica tinha uma escadinha. Sobre a maca tinha um sonar e uma régua de puericultura.

No consultório tinha dois armários situados na parede da porta do banheiro. Um dos armários possuía material de escritório (esse possui porta que é de ferro e fica fechada) e o outro com material de palestras (esse é um armário é de porta de vidro e fica aberto).

Tem vários cartazes em cima do armário e ainda uma maquete da “Cidade Suja” feita pelos ACS para concorrer com as outras equipes representar o município na

“Amostra de ESF do Estado da Bahia” promovido pela DIRES. Foi observado que os armários estão lotados de material educativo. Perto dos armários fica um suporte de soro onde ficam pendurados dois jalecos e um foco de luz.

O banheiro possui um vaso, sem papel higiênico. Tem uma pia com papel toalha para as mãos e um sabonete em barra. O banheiro possui um basculante aberto. A única pia do consultório fica no banheiro

Observou-se que havia presença de poeira dentro dos armários. O consultório é escuro, quente e visualmente poluído, tem privacidade não se escuta as consultas, além disso, tem banheiro para as mulheres que fazem exame ginecológico se trocarem.

- Descrição da Estrutura do Consultório da Médica

O consultório possui uma porta de entrada (com identificação – “Consultório Médico”).

A sala possui uma porta de entrada e uma janela de alumínio para frente do posto, mas que fica fechada, tornando a sala iluminada apenas por luz artificial. Possui um ventilador de teto que faz a ventilação do ambiente

O piso é de lajota não faltam lajotas no chão, mas possui dois tipos de lajota. As paredes têm lajota até a metade, à outra metade é de tijolos pintados de branco.

No consultório os móveis estão dispostos da seguinte maneira: a mesa da médica fica de frente para porta de entrada encostada na parede do lado da janela, a cadeira para o usuário fica encostada na parede de forma que fica de lado para frente da mesa da médica, do lado da cadeira do usuário e de frente para a mesa da médica tem um armário de ferro que fica fechado.

O banheiro possui um vaso, com papel higiênico. Tem uma pia com papel toalha para as mãos e um sabonete em barra. O banheiro possui um basculante aberto. A única pia do consultório fica no banheiro

Possui uma maca coberto com papel manilha que fica com os pés de frente para a porta de entrada e a cabeça para a porta do banheiro, possui escadinha.

Na mesa do médico possui alguns papéis, canetas, calendário e um livro de receituário onde ela anota os atendimentos com os seguintes dados nome, idade, dia, motivo da consulta, quando está consultando também em cima da mesa ficam todos os prontuários dos usuários que serão atendidos. A lixeira da sala é de pedal e fica encostada na parede do lado do médico. Na parede atrás da mesa do médico tem um quadro com informações sobre

diabetes, HAS, idosos e medidas gerais para a anafilaxia a penicilina. Possui sonar, e fita métrica, estetoscópio, otoscópio, disco da idade gestacional.

O consultório fica para frente da unidade e se tem interferências sonoras da rua e se pode escutar o usuário que estão à espera da consulta, e da sala de espera na rua se escuta a consulta médica também.

O consultório é escuro e quente, segundo relato do médico a sala a tarde é muito quente e teriam que mudar a disposição da sala, pois do lado da janela a tarde bate sol e fica ainda mais quente e o calor será imenso.

- Descrição da Estrutura da Sala de Vacina

A sala de vacina possui uma porta de entrada (identificação – “Sala de Vacina”) e possui dois basculantes que emitem claridade, um deles possui uma toalha de rosto feita como cortina, a sala é iluminada. Possui um ar condicionado que não estava funcionando adequadamente, apenas ventilando o ambiente.

A sala é de alvenaria, três paredes são de lajota até a metade e para cima de tijolos pintados de branco. As paredes apresentam alguns pontos de mofo. A quarta parede é uma divisória de escritório que não vai até o teto (divide a sala de vacina com a da farmácia). Os ruídos da farmácia interferem no ambiente da sala de vacina e vice-versa, observou-se que a sala de vacina tem pouca privacidade.

Em frente à porta de entrada da sala de vacina fica a geladeira (que estava em ângulo de 45° da parede). A geladeira possui um termômetro digital na porta. As vacinas estão divididas de acordo com o manual do Programa Nacional de Imunização (PNI).

A USF possui todas as vacinas do calendário do PNI. A geladeira é usada somente para vacinas. Existe 1 mapa de temperatura que marca a temperatura mínima, máxima e do momento. A geladeira estava localizada num local onde o sol não toca diretamente.

A esquerda de quem entra se encontra a mesa com duas cadeiras. Uma para a técnica de enfermagem atrás da mesa e outra na frente para realizar as vacinas dos pacientes. Não possui maca para fazer as vacinas, essas são feitas com a criança no colo da mãe. Em frente à mesa tem um cartaz do cartão modelo da rotina das vacinas do 1º ano de vida

Em cima da mesa fica um mapa de controle das vacinas, cartões de vacina adultos e infantis, porta caneta e lápis.

Na parede vertical a porta fica uma pia inox onde é colocada a caixa de vacina (com as vacinas de uso diário). A caixa possui vacinas armazenadas de acordo com o PNI e

possui um termômetro de cabo extensor. Do lado da caixa fica uma pia que possui papel toalha e um sabonete líquido. Do outro lado da pia fica o descartex com agulhas e seringas, algodão. Abaixo da pia fica uma lixeira de pedal. O chão é de lajota e estava limpo. Não foi encontrado um arquivo com os registros das pacientes que são ou foram vacinados.

Foi observado que a sala estava quente o ar condicionado apenas ventilava o ambiente, mas não o bastante para refrescar a sala.

- Descrição da Estrutura da Farmácia

A farmácia tem uma porta de entrada (com identificação – “Farmácia”) não possui janelas. A farmácia e a sala de vacina são separadas através de uma divisória de escritório, no entanto são salas independentes (cada uma possui sua entrada).

Possui um armário de ferro que fica com as portas abertas onde ficam armazenados os medicamentos por ordem alfabética. Alguns em caixas de papelão (comprimidos) e outros diretamente na estante. A farmácia possui os medicamentos da farmácia básica da ESF. Aparentemente não estava faltando nenhum medicamento. A sala é pequena, pouco ventilada, escura, não existe iluminação artificial na sala.

- Descrição da Estrutura da Sala de Esterilização

A sala de esterilização possui uma porta sem identificação e um basculante, mas é pouco iluminada, o piso é de lajota. As paredes são de lajota até a metade depois é de tijolos pintados de branco, apresenta pontos de mofo e a pintura está saindo em alguns locais.

A sala é escura e quente e possui um armário de vidro com a porta fechada com remédios que servem de estoque, pois não cabem no armário da farmácia.

Do lado do armário, no chão existem várias caixas de papelão com os prontuários das famílias dentro.

Sobre uma mesa tinha uma autoclave com uma extensão que a ligava a um balde de plástico cheio de água. Em uma das paredes (a que fica de frente para a porta de entrada da sala) tem uma abertura para o expurgo

- Descrição da Estrutura da Sala de Curativo e Expurgo

A sala de curativo tem uma porta de entrada (com identificação – “Sala de Curativo”) e possui basculantes que emitem claridade, a sala é bem iluminada.

As paredes são de lajota até a metade e a outra de tijolos pintados de branco, apresenta pontos de mofo bem abaixo dos basculantes, o chão é de lajota.

Do lado direito de quem entra na sala tem um armário com materiais de curativo, uma cadeira e uma balança de adulto, a pia de lavagem das mãos e uma cadeira para fazer curativo. Neste mesmo lado tem uma porta para a sala de expurgo. A sala possui pia de lavagem das mãos, em cima da pia tem um sabão em barra e papel toalha.

Possui dois armário de vidro que fica com a porta fechada com material de curativo. Tem uma mesa de curativos com luvas de procedimento e material de nebulização.

Tem uma maca que fica atrás de um biombo, na cabeceira da maca fica um rolo de papel manilha que cobre a maca e abaixo da maca fica a escadinha.

Ao lado da maca tem uma cadeira para o usuário verificar a pressão arterial (PA). A cadeira possui um apoiador de braço e o aparelho de PA fica no braço da cadeira. A sala de curativo possui apenas um aparelho de PA. A verificação de PA é feita apenas com o aparelho sem estetoscópio. Ao lado desta cadeira tem um biombo que cobre a maca de curativo e ao fundo da sala tem uma mesa com uma balança pediátrica. Foi observado ainda um suporte para soro e um ventilador. A sala de curativo possui privacidade para realizar os procedimentos

O expurgo tem uma pia em inox de frente para a porta em cima da pia tem sabão em barra e líquido para lavagem do material. As paredes apresentam mofo e pintura saindo, também é metade lajota e metade tijolo pintado de branco.

Em um das paredes tem uma abertura para sala de esterilização, na parede do lado dessa abertura no chão tem rolos de papel para esterilização, material de limpeza da unidade e caixas com papéis e roupas que segundo alguns profissionais vão ser doadas para um bazar beneficente e sobre estas caixas existe uma maquete feita pelos ACS da “cidade limpa”.

- Descrição da Estrutura da Copa

A sala da copa é feita com duas divisórias que não vão até o teto. Duas paredes são de lajota até a metade e a outra é tijolos pintados de branco, as paredes apresentam mofo e a pintura está saindo. O teto tem uma parte que está sem forro e em outro que o forro está caindo, o chão é de lajota.

A copa possui uma pia inox com vários objetos em cima como, por exemplo: um escorredor de louça com copos, garfos, panelas, dentre outros. Em outro lado um bebedouro com galão de água cheio (em baixo da pia tem outro galão de água vazio). Possui duas cadeira com encosto do lado da porta e um refrigerador.

- Descrição da Estrutura da Recepção e Sala de Espera

A unidade tem três salas de espera. A primeira esta na frente da USF onde tem 4 bancos de concreto que é utilizado pelos pacientes para esperarem a consulta. Essa parte é coberta com telha, mas à tarde o sol bate nos bancos e o calor é intenso.

A segunda é junto com a recepção propriamente dita, que tem 6 cadeiras sem encosto para os pacientes sentarem. E a terceira é um rol que dá acesso ao consultório do enfermeiro, sala de curativo, esterilização, copa, sala de vacina, farmácia, consultório do dentista. Esse rol tem duas cadeiras, é utilizado apenas para as pessoas que chegam descansar alguns minutos para verificar a PA e para aqueles que vão pegar remédio na farmácia.

A sala da recepção tem boa iluminação, tem uma janela e uma porta que dá a frente da USF, do lado dessa janela fica a porta do banheiro dos usuários e do outro lado tem a porta que dá acesso ao consultório médico e do lado do balcão tem a porta que dá acesso ao rol de espera. As paredes são de lajota até a metade e de tijolo pintado de branco para cima, o chão é com lajota.

Apresenta um balcão com lajota em formato de L na frente do balcão existe um informe como por exemplo:

- a) Cartaz: Não é permitida a entrada em trajes de banho, roupas curtas, roupas de dormir, homens sem camisas, descalços, crianças desacompanhadas, animais.
- b) Atendimento somente com o cartão família e a carteira de identidade
- c) Todas as sextas a tarde não haverá atendimento na unidade, pois a equipe de saúde se encontrará em reunião conforme preconização da Secretaria Municipal.

Em cima do balcão pelo lado de dentro tem vários impressos usados pelo USF, a tecla do computador e o CPU, ainda pelo lado de dentro do balcão tem várias caixas de papelão com vários impressos e um banco com encosto para recepcionista.

E em cima do balcão tem um vaso de flor de plástico, a tela do computador, uma caixa de sugestão de vidro com alguns papéis e caneta do lado, e “revistas de produtos de beleza”.

Na parede do lado da recepção tem um mural com vários informes (cronograma do médico, do dentista e do enfermeiro; informes da prefeitura; os serviços prestados pelo HGI; horário de vacina e curativo; aviso de que só permitido a verificação de Pressão Arterial (PA) e peso a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com consulta marcadas ou emergências, um quadro com fotos do dia internacional da mulher e do bazar beneficente realizado pela ESF).

Na recepção ainda tem outros cartazes sobre pré-natal, aleitamento materno. Enfrente ao balcão tem três cadeiras sem encosto e atrás de duas fica uma mesa de colégio com uma TV virada somente para a recepcionista (os pacientes senta-se de costas ou de lado para a TV), nessa mesa ainda tem um vaso de flor e uma caixa de anúncios.

Na coleta de dados foi utilizado um “check list” para verificar características das instalações da USF. Das características verificadas 15 estão adequadas as necessidades dos profissionais, usuários e visitantes e 6 estão inadequadas, considerando a questão de um espaço acolhedor, confortável e ambiência para a aceitabilidade das pessoas com relação ao serviço.

Quadro 6 - Chek list da Avaliação da Estrutura - Síntese adaptada do Manual de Estrutura da UBS e da USF

Chek List	Adequado	Não Adequado
Cadeiras para usuários na recepção		X
Sanitário para usuários	X	
Lixeiras	X	
Iluminação		X
Conservação das paredes e teto		X
Conservação do Piso	X	
Limpeza do ambiente externo a sala de consulta	X	
Limpeza do consultório médico	X	
Sanitário do consultório médico	X	
Pia para lavagem das mãos nos consultórios		X
Lixeira no consultório médico	X	
Instrumentos médicos básicos	X	
Limpeza do consultório de enfermagem	X	
Sanitário no consultório de enfermagem	X	
Lixeira na sala de consulta de enfermagem	X	
Iluminação na sala de consulta médica		X
Iluminação na sala de consulta de enfermagem		X
Instrumentos médicos básicos no consultório médico	X	
Instrumentos médicos básicos no consultório de enfermagem	X	
Privacidade do consultório médico		X
Privacidade do consultório de enfermagem	X	
Tamanho da Sala da recepção		X

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2006c

Ao se avaliar a dimensão da Estrutura através da ambiência notou-se que existem interferências físicas que a prejudicam. A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006c). No conceito de ambiência se destacam primordialmente três eixos:

O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006c, p. 6).

Ambiência de uma unidade básica de saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde quanto para os usuários (BRASIL, 2006d).

Foi percebido que na USF estudada a ambiência é prejudicada, pela precariedade das condições ambientes, do espaço físico limitado e pela falta de conforto e às vezes de privacidade para os usuários e profissionais. Esses fatores que influenciam na ambiência da USF foram apresentados na descrição das salas sendo assim destacados:

- Falta de privacidade no consultório médico;
- Algumas salas são quentes e não possuem ventilação adequada;
- Falta de cadeiras adequadas (com encosto) para os usuários esperarem;
- Condições de conservação da unidade precária (mofos e pintura saindo);
- Sala de recepção pequena para os usuários;
- Falta de um espaço para educação em saúde, reuniões e grupos;
- Localização da USF (distante de dois bairros), acesso geográfico é difícil;
- Falta de local específico para guarda dos prontuários;
- Falta de um bebedouro com copos descartáveis para os usuários;
- Presença de animais na área coberta da frente da USF;

Alguns membros da equipe reconhecem a limitação do espaço físico, das condições de conservação, e como vemos nas falas a seguir:

[...] a estrutura física, eu acho o espaço reduzido, principalmente a recepção, a recepção é muito apertada, a gente não tem condição de acolher bem o paciente. (P.1).

[...] a nível físico eu acho que a unidade ainda precisa melhorar, porque é muito acanhada, está bem desgastada pelo tempo, eles não fazem reforma anual, não liberam muito para fazer reforma, está precisando melhorar (P.8)

[...] a unidade é muito pequena, mas comporta todas as demandas necessárias, apenas com uma exceção que é da sala de reuniões, a gente não tem sala de reuniões na estrutura (P.9).

[...] ali é uma área que é aberta, não tem proteção [...] aqui tem muitos animais soltos, cachorro, cavalo [...] então às vezes aqui na frente do posto esta sujo, tem cachorro que dorme aí fora, então eu chego bem cedo para poder lavar toda frente e principalmente os bancos que os cachorros dormem em cima [...] lavo tudo direitinho. Tem gente que ate já sabe e não senta, aí eu limpo e eles sentam. (P.2)

Levanto-me e vou para fora da recepção na frente do posto, percebo que sentada do lado de fora da recepção nos bancos de cimento próximo a janela do consultório do médico (fica fechada) dá para escutar a consulta. Uma usuária que esta perto de mim comenta que ela sempre escuta a consulta e diz que nem gosta de contar tudo para a médica, pois os pacientes do lado de fora escutam e acha isso um problema, pois as vezes o problema de saúde é mais intimo e não se pode contar pois todos do lado de fora escutam (OBS 4)

Nas falas acima e na observação é possível observar que os profissionais percebem os fatores que interferem na ambiência em relação a inadequação da estrutura física da unidade, seu tamanho, ao seu acolhimento, privacidade, e ao estado de preservação e ainda reconhecem que a inadequação pode interferir na qualidade do atendimento. Também se observa que para um dos profissionais apesar de reconhecer as limitações acredita que ela está organizada para comportar as demandas

Segundo Donabediam (1984) uma boa estrutura é provavelmente o meio mais importante de proteger e promover a qualidade da atenção.

Em um estudo realizado por Ronzani e Silva (2008) também foi observado que alguns profissionais de saúde, especificamente os médicos se queixaram da falta de infraestrutura adequada. A queixa das limitações estruturais esteve presente na fala de quase todos os profissionais entrevistados, independente da categoria profissional, eles reconhecem os problemas na infraestrutura da USF.

Assim como, alguns não apontam nenhum tipo de problema na estrutura física da USF, como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] acho que é bom, porque tem as salas tudo divididinhas e tudo bonitinho. Tudo compete às coisas que faz aqui dentro, tem a sala de curativo, de vacina, do dentista, do enfermeiro, do médico, de espera e de recepção. Acho que é o ideal (P.7).

[...] é bom, hoje em dia já tem muita coisa que não tinha antes era tudo junto e hoje já tem divisão para tudo, tem sala de curativo, tem estufa, sala de vacina, tem tudo detalhado (P.4).

[...] a estrutura física para mim está boa, porque antes [...] era só uma casinha velha [...] o médico vinha uma vez na semana, uma vez no mês [...] então agora nós temos consultório do dentista, consultório do enfermeiro, tem o consultório da médica, então para mim a estrutura física esta boa (P.12).

Considerando o antes e o depois da implantação da USF, segundo os profissionais a USF recebeu melhorias na sua planta física com a construção e adaptação de

novas salas. Entretanto, hoje, as condições físicas da USF não oferecem nenhum tipo de conforto, nem para os profissionais e nem para os usuários e isso foi verificado anteriormente quando os usuários avaliaram, na sua maioria com notas inferiores a 7,0 a estrutura física da USF.

Talvez pudesse ser possível tecer a seguinte consideração que as condições da estrutura física podem influir negativamente no processo de trabalho do profissional da equipe de saúde, no que se refere o grau de resolução das necessidades e/ou problemas trazidos pelos usuários/família. As condições de trabalho podem se tornar desfavoráveis a um maior envolvimento do profissional com o serviço, uma vez que o ambiente pode interferir no desenvolvimento da qualidade de trabalho, influenciando na sua motivação para o trabalho na ESF.

Os profissionais enfrentam dificuldades reais quanto à infra-estrutura dos serviços e à organização do sistema de saúde nos municípios, cuja solução, muitas vezes, independe da ação isolada de cada um deles (RONZANI; SILVA, 2008).

Como um dos objetivos da ESF é qualificar a atenção básica, deveria, na medida do possível, oferecer aos usuários/famílias, bem como para os profissionais melhores condições de infra-estrutura, garantindo um ambiente agradável (ambiência), confortável e acolhedor. Para que assim, os usuários se sintam de fato satisfeitos com a proposta da ESF e consigam perceber e valorizar esta estratégia como algo seu, que é financiada com recursos públicos de saúde dos três setores, união, estado e município.

5.5 A avaliação do Processo da Unidade de Saúde da Família – a sustentação da aceitabilidade

Neste tema será abordada a organização da USF com vistas à aceitabilidade do usuário, no que se refere ao cronograma das atividades, desenvolvimento das atividades, acesso a USF e aos serviços de referência, acolhimento e humanização da assistência.

A equipe de saúde da família precisa ouvir o usuário no momento da tomada de decisão, pois sua opinião pode ter papel importante no destino do serviço, além de fortalecer o envolvimento do usuário com a participação social (COIMBRA, 2007).

A ESF está organizada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação e controle social. Entende-se que ambas as diretrizes estão

relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como em um plano microscópico, às relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Todo profissional da equipe de saúde da família possui uma determinada atribuição. No entanto, cabe a todos eles o desenvolvimento, conjunto de ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde na USF, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva (VALENTIM; KRUEL, 2007).

A ESF deve desenvolver um trabalho com grupos de pessoas através dos ciclos vitais, mas também deve acompanhar os diversos grupos da população mais vulneráveis como as crianças, as gestantes, os idosos, os portadores de necessidades especiais por meio de ações programadas com o objetivo de minimizar ou reduzir os riscos. Também pode ser realizado o monitoramento das doenças crônicas, como, por exemplo, a hipertensão, o diabetes, o alcoolismo e outros, por isso, também são utilizadas atividades educativas nos serviços de saúde (BRASIL, 2000).

[...] aqui fazemos palestras, tem pouco tempo que fizemos um café da manhã para os hipertensos na praia com palestra, também para adolescente no ginásio sobre DST, sobre vacina e sua importância, eles gostam muito, então tem este retorno eles participam, na última campanha de vacina nós ganhamos, tinha uma meta e nós ultrapassamos, íamos nas escolas vacinar (P.5)

[...] fazer palestra na escola com o acompanhamento de saúde bucal para criança, sobre vacinação, com idosos, fazemos café da manhã, convidamos os idosos para que participem das atividades que a gente promove no dia como caminhada, aferir a pressão, medir o açúcar, eu acho que faz valer (P.8)

As atividades parecem ser desenvolvidas pelo modo tradicional de atividades educativas, ou seja, baseada na informação a população sobre os diferentes tipos de prevenção, trabalhando também na prevenção primária de doenças preveníveis por vacinação, aparecimento de cáries dentárias e no caso dos idosos, a realização de atividades direcionadas para o controle de doenças crônico degenerativas.

Segundo Vasconcelos (1999), a educação não é um mero componente da APS, pois a APS é, em sua totalidade, um processo educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

Na dinâmica do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, sejam eles de atenção primária ou não, se faz necessário que a equipe conheça os problemas existentes, e o

conhecimento de problemas não é uma tarefa fácil. Entretanto, o diagnóstico de problemas é um desafio para a equipe e a população, acostumadas com o modelo hegemônico, centrado no tratamento de doenças e aprisionador das relações interpessoais, onde possibilidades de negociação são praticamente inexistentes. Para a negociação das necessidades é necessário haver uma interação entre os profissionais da equipe, gestores e toda a comunidade (GOMES; AGUIAR, 2006).

[...]olha quando se passa um tempo numa comunidade a gente começa a perceber como diz uma amiga minha, vícios benéficos e ranços maléficos [...] no início para atrair a população se fazia palestras dando café da manhã, dando lanche e estas coisas todas com o tempo eu fui vendo que só aumentava o número de participantes nas palestras, nas consultas, principalmente em dia de atividades educativas, eu fazia semanalmente para atrair a clientela, para a gente começar a ter cliente para eles poder entender mostrar o que era a estratégia, mostrar qual era o sentido, o objetivo da ESF, com o tempo, duas semanas seguidas eu não tive como fazer o lanche e na terceira, das que sempre vinham aqui em média de 20-30-40 pessoas só vieram cinco e aí eu perguntei as outras que eram vizinhas, [...] porque não estavam vindo?e elas disseram que não estava mais tendo lanche, então era uma estratégia que eu tinha de fazer café da manhã para todos, daí eu parei, porque eles não estavam vindo para a palestra para ter e adquirir conhecimento, mas porque eles estavam se alimentando então eu comecei a parar aí, [...] não é só o posto que tem responsabilidade com a comunidade, e a comunidade também tem responsabilidade com o Posto (P.9).

A fala acima apresenta claramente a falta de sucesso de algumas atividades educativas desenvolvidas na USF, principalmente, no que se refere à educação em saúde direcionada aos usuários portadores de doenças crônicas. É necessário, que inicialmente, se compreenda a difícil situação socioeconômica dos usuários deste serviço, que na sua maioria, como apresentado no estudo quantitativo tem sérias dificuldades econômicas e que possivelmente, motivados pela barganha e não pela valorização deste tipo de atividade decidem ou não participar das atividades.

A equipe é responsável pela decisão que tomou para motivar os usuários a comparecerem nas atividades, assim como é responsável pela decisão de suspender tais atividades. As pessoas precisam participar efetivamente deste processo de construção das atividades educativas, pois será considerando seus desejos e necessidades em saúde que atividades desta natureza terão sucesso ou não.

A barganha do “se participar ganha café a beira mar” teve um preço alto para o insucesso desta prática na USF, por que como foi dito pelo profissional as pessoas estavam motivadas pelo café que iriam ganhar e não pela importância da proposta para a manutenção da sua saúde.

Estas atividades precisam ser negociadas com todas as partes interessadas, negociadas, no sentido de contratualizarem a existência de espaços para a educação em saúde, bem como a importância dos seus resultados na qualidade de vida das pessoas.

Entende-se que a educação problematizadora, é também uma educação popular¹⁶, que objetiva uma maior aproximação das pessoas e com o envolvimento destas e de suas comunidades com o cuidado a vida.

Na educação problematizadora aplicada à saúde não acontece, na maioria dos casos, ações imediatas na transformação do comportamento. Esta mudança só poderá ser percebida quando o usuário der marcas da transformação de seu saber, que não são imediatas. Elas vão acontecer em processos contínuos, na intermediação e construção de novos saberes. A educação popular em saúde pressupõe a abertura e a disponibilidade para ouvir o outro, pois, neste encontro, “quem educa é dialeticamente educado”. A proposta de educação problematizadora pode ser entendida como um movimento em espiral, em alguns momentos eles se cruzam e em outros eles podem se distanciar (ALVIN; FERREIRA, 2007).

Vasconcelos (1999) entende o educador como um mediador entre os saberes acadêmicos e a construção local do conhecimento necessário à dinamização da assistência à saúde. Nesse sentido, a educação em saúde deixa de ser uma atividade, a mais realizada nos serviços de saúde, para ser um instrumento de construção da participação popular, tudo isso para fazer ouvir a voz e os interesses da comunidade como um todo.

Entende-se desta forma que enquanto as atividades de educação em saúde apenas tiverem a finalidade de depositar conhecimento sobre riscos, normas, causas e efeitos, dificilmente conseguirão mobilizar e motivar as pessoas a terem atitudes e comportamentos saudáveis. Isso porque, mais uma vez o modelo tradicional será fortalecido, em detrimento do modelo alternativo, estando com isso, possivelmente fadadas ao fracasso da mobilização das pessoas para a transformação do modelo assistencial, bem como, da sua participação e responsabilização na promoção da saúde.

Também é comum que muitas equipes trabalhem na lógica do cronograma de atividades que muitas vezes contempla atividades clínicas, não sendo visível o desenvolvimento de atividades educativas.

[...]a gente faz o cronograma, nós temos 4 ACS, então deixa um dia da semana para cada ACS, então eles mesmos no decorrer da visita mensal vêm quem está precisando e decidem [...] já vão selecionando [...] a primeira quarta-feira de

¹⁶ No ano de 1960 surge a educação popular, idealizada pelo educador Paulo Freire, com suas primeiras iniciativas de conscientização política do povo buscando a emancipação social, cultural e política das classes menos favorecidas.

dezembro vai ser o ACS tal, então eles já dizem quais tão precisando de consulta médica, do enfermeiro, de um curativo [...] os acamados, idosos/hipertensos são visitados mensalmente ou por médico ou por enfermeiro independente da solicitação do ACS [...] (P.1).

[...]geralmente nas reuniões mensais são discutidas as programações, a gente na verdade trabalha muito em cima dos próprios programas que o ministério define que fazem parte da atenção básica [...] a unidade tem liberdade para se organizar de forma que ela atenda aos programas e alguma coisa mais que ela queira implementar de acordo com a comunidade local, com o perfil epidemiológico [...] (P.11).

No quadro a seguir é possível observar como a equipe da USF estudada organiza suas atividades.

Quadro -7 Cronograma de Atividades da USF

		Segunda	Terça*	Quarta	Quinta**	Sexta
M A N H Ã	Enfermeiro	Planejamento Familiar	Planejamento Estratégico	Pré-natal ou Preventivo	Puericultura	HIPERDIA
	Médico	Atendimento Geral	HIPERDIA	Visita Domiciliar	Gerenciamento da Unidade	Pré-natal ou Pediatria
T A R D E	Enfermeiro	Atendimento Geral	Planejamento Estratégico	Atendimento Geral	Visita Domiciliar	Reunião de Equipe
	Médico	Pediatria	HIPERDIA	Atendimento Geral	Planejamento Estratégico	Atendimento Geral Reunião de Equipe

* Terça feira é o dia da folga do enfermeiro, entretanto é colocado no cronograma como planejamento estratégico.

** Quinta feira é o dia de folga do médico, entretanto, no cronograma é colocado gerenciamento da unidade e planejamento estratégico.

O horário de funcionamento da USF é das 8:00h às 12:00h e das 13:30h às 17:00h. Na terça-feira é o dia de folga do enfermeiro na USF, neste dia ele trabalha na supervisão de um hospital em um município vizinho, na quinta-feira é o dia de folga do médico que faz plantão de 24h na SAMU.

Observou-se que no cronograma não aparece dia de folga do profissional médico e enfermeiro. Neste dia o cronograma está programado Planejamento Estratégico ou Gerenciamento da Unidade, com isso, imerge duas questões; a primeira se é folga dos profissionais, por que não é descrito no cronograma, sendo que as folgas são concedidas e acordadas como direito, informalmente, pela Secretaria Municipal de Saúde. A segunda questão a população sabe ou não que é folga do profissional, ou pensa que os profissionais estão em outro local fazendo Planejamento Estratégico ou Gerenciamento da Unidade, pois no cronograma não fica claro sobre a folga do profissional.

As consultas para o médico e enfermeiro são agendadas pelos próprios usuários, podem ser marcados todos os dias manhã ou tarde. Todas as sextas ou segundas são reabertas as agendas para o agendamento de quantas vagas a mais podem ser marcadas de acordo com a avaliação do médico ou do enfermeiro.

As consultas são marcadas diariamente pelos próprios usuários, mas às vezes as consultas não estão disponíveis por causa da agenda do médico ou do enfermeiro ainda não estarem sido abertas - o médico e o enfermeiro a cada início de semana avisam quantas fichas para consultas de pré-natal, preventivo, HAS/DIA e consulta em geral vão ser disponibilizadas para os usuários.

Para a consulta médica são disponibilizadas 16 vagas e mais 4 para emergência (criança com febre, hipertenso com PA elevada, diarreia e vômitos). Para o Enfermeiro são 12 vagas mais 4 de emergência (criança com febre, hipertenso com PA elevada, diarreia e vômitos).

Os auxiliares de enfermagem trabalham em forma de rodízio, ou seja, é feito rodízio semanal na sala de vacina, de procedimentos, de medicação, verificação de PA e peso antes da consulta.

Os prontuários são separados no fim do dia anterior ou pela manhã antes da abertura da unidade, a recepcionista separa de acordo com o nome e número do cartão SUS (cartão da unidade – possui número da família, agente e micro área) anotado na agenda de consultas médicas e de enfermagem.

O horário de chegada para as consultas marcadas é até às 9h pela manhã e até às 13h30min pela tarde, quem chega após o horário perde a consulta e são colocada outras pessoas que solicitam consulta no dia e que não estavam marcadas (são encaixadas).

Os limitados horários de funcionamento e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas podem restringir ao efetivo acesso à atenção primária, especialmente em metrópoles, nas quais parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia (ELIAS et al, 2006).

A seguir apresenta-se a observação do atendimento de um dos auxiliares de enfermagem.

[...]o auxiliar colocou o jaleco, limpou e organizou a mesa onde estavam os materiais para curativo e trocou o papel manilha sobre a maca [...] verificou a PA e o peso do usuário, solicitando que assinasse o livro de registro de procedimento. Esse usuário ia consultar com o médico [...] chegou para verificar a PA uma gestante que iria realizar o pré-natal, o auxiliar de enfermagem investigou o estado vacinal, mas não solicitou o cartão da gestante, entregou um pequeno cartão com os valores da PA, peso e altura, sendo que a altura é verificada na primeira consulta. O auxiliar de

enfermagem apresentava uma postura introvertida e dava raras orientações aos usuários [...] Todos pacientes foram recebidos na sala de procedimentos, o auxiliar cumprimentou, verificou a PA sem o estetoscópio, não foi observada a lavagem das mãos entre um e outro paciente [...] o outro auxiliar de enfermagem estava na sala de vacina e não utilizava jaleco [...] o auxiliar que estava sem jaleco, dispensou três medicamentos, disse que não havia ASS 100mg, recolheu a receita, entregou os medicamentos ao paciente, carimbou, foi dada orientações sobre o uso e o retorno do usuário para pegar o medicamento que havia faltado. O auxiliar apresentava uma postura acolhedora, cumprimentando o usuário e conversando sobre as dúvidas do paciente [...] (OBS5)

Neste estudo o acolhimento está sendo entendido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores estabelecem com os diferentes usuários para fortalecer a produção do vínculo. A criação de vínculos implica na criação de relações que aproximem o profissional dos usuários (OLIVEIRA, 2003).

O acolhimento, nada mais é do que uma das premissas do cuidado, e o cuidado, mesmo sendo oferecido por outros profissionais da saúde, é uma das especificidades da enfermagem, por isso é mais do que esperado que os profissionais de enfermagem, sejam eles, auxiliares, técnicos e enfermeiros atuem no exercício de sua profissão garantido o melhor cuidado possível aos usuários dos serviços de saúde, e não ao contrário como percebido em um dos auxiliares de enfermagem.

Logicamente é necessário compreender que a qualidade e as condições de trabalho podem influir no processo de trabalho da equipe, entretanto é importante refletir sobre a importância desse processo para a reversão do modelo e qualificação das práticas de saúde.

A essência da enfermagem é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, que realiza atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Esta profissão é responsável pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos usuários, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência, bem como, promovendo a autonomia destes por meio da educação em saúde (ALMEIDA; ROCHA, 2000).

Segundo Campos (1997), no centro da ação do profissional de saúde, sempre existirá uma pessoa diretamente implicada. Nesse cruzamento de subjetividades, muitas vezes, pode se dar um momento singular e angustiante para o objeto de atenção (a pessoa) e corriqueiro e previsível para os profissionais encarregados do tratamento.

A produção do trabalho em saúde se dá por meio das relações interpessoais e por isso as pessoas precisam ser respeitadas como a outra parte essencial da relação, uma vez

que sem a existência de usuários com necessidades, não existiriam profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2003).

[...] As pacientes que passam para a sala de preventivo tem sua pressão arterial verificada pela auxiliar de enfermagem. O consultório do Enfermeiro tem banheiro para troca de roupa e todos instrumentos médicos para realização do preventivo. Os espelhos são do tamanho grande, médio e pequeno. [...] O atendimento começou as 9h, a usuária e o enfermeiro se cumprimentaram [...] durante o procedimento, ela disse que era hipertensa [...]. Logo em seguida ela disse que estava com sangramento a mais ou menos quinze dias, disse que nesse período não havia tido relação sexual. A usuária estava visivelmente ansiosa. Foi encaminhada pelo auxiliar de sala para troca de roupas. O enfermeiro seguiu preenchendo a ficha do SISCOLO. Após o retorno da paciente do banheiro ela foi deitada e acomodada na maca pelo auxiliar de sala que apresentava atitude e comportamento acolhedor com a usuária no momento da coleta [...] enquanto o enfermeiro fazia o exame perguntou mais sobre o problema [...] a técnica de coleta de preventivo estava adequada as orientações preconizadas por publicações ministeriais sobre a PCCU. O enfermeiro realizou a evolução no prontuário e depois fez prescrição de medicamento, falou do uso do preservativo e disse para a paciente que ela estava com um problema que deveria ser tratado [...]. A consulta durou aproximadamente 15 minutos (OBS 6).

O enfermeiro apresenta habilidade técnica, existe cuidado com o controle e prevenção de infecções. O auxiliar se apresentou bastante acolhedor.

O acolhimento, bem como a competência técnica são partes de um todo que potencializam a qualificação das práticas de PCCU na ESF. A conversa, o diálogo, a escuta, entre o profissional e a usuária que procura o serviço para a realização da PCCU é fundamental para a formação de confiança e vínculo. Sendo que, influenciam na satisfação das usuárias com o serviço, podendo inclusive ajudar, na superação, ou controle da vergonha, medo ou insegurança que algumas usuárias podem sentir durante a realização deste exame (OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA, 2007).

Merighi et al. (2002), ainda complementa, afirmando que os profissionais devem estar atentos às queixas, às dúvidas e à ansiedade da mulher, ou seja, o profissional que assiste a mulher deve desenvolver a capacidade de interação e troca, ou seja, saber escutar e falar, evitar termos técnicos ou científicos, de maneira que a mulher compreenda e também se sinta compreendida e cuidada, como forma de encorajá-la a tentar controlar o medo e a vergonha.

Por considerar que o câncer de colo de útero ainda hoje, é responsável por um grande número de morbidade e mortalidade entre as mulheres no Brasil, principalmente em áreas ou regiões de vulnerabilidade social, como é o caso da área da USF estudada, é de suma importância da realização da PCCU no nível local.

Também foi observado o profissional médico durante as consultas de pré-natal, conforme descrição a seguir:

[...] Gestante 22 anos, idade gestacional de 22 semanas. O médico pede para ela entrar, fechar a porta e sentar. A cumprimenta, pede o cartão da gestante e pergunta como ela está [...] A gestante relatou ter colocado sal embaixo da língua após episódio de tontura. O médico explica que procure o posto sempre que apresentar tontura, nunca colocar sal embaixo da língua ou no leite, como faziam as avós [...] a gestante entrega os exames ao médico que olha e faz anotações e diz está tudo bem [...] o médico pergunta se o bebê está mexendo, a paciente diz que sim e muito. O médico brinca dizendo que se não se mexe as mãos querem ultra som e se mexe elas reclamam que é demais. [...]. O médico pede para a gestante deitar na maca e mede altura uterina [...] o médico coloca o sonar e brinca dizendo: “olha que bateadeira” [...] explica qual é o som do coração do bebe, a usuária fica em silêncio e sorri. O médico pede para a usuária descer e sentar. A usuária pergunta como irá descer se o médico afastou a escadinha e sorri. O médico levanta e empurra a escadinha com o pé. O papel da maca fica rasgado e molhado, mas não é trocado. O recepcionista abre a porta e diz ao médico que o vendedor de camarão lhe aguardava na recepção. O médico diz que já vai, e solicita outros exames e prescreve e entrega a receita [...] O médico dá tchau e pede para chamar a próxima. A gestante brinca com o médico dizendo que aprendeu, sempre que sentir tontura virá ao posto. A paciente dá tchau e sai. A consulta durou aproximadamente 20 minutos (OBS 7).

[...] O recepcionista entra na sala do médico diz que tem uma gestante que não estava agendada passando mal e foi levada para a sala de curativo para verificação da PA [...] O médico pergunta o que a usuária estava sentindo. A gestante passou mal depois que tomou os seus remédios da gripe em jejum, e que tinha saído há poucos dias do Hospital em Salvador [...] o médico pergunta sobre os remédios da gripe, a usuária mostra [...] o médico diz que ela não pode tomar esses remédios em jejum, pois são fortes e que a gestante sabe muito bem que os remédios não são de gripe (usuário fazendo tratamento para tuberculose) e diz que ela deveria ter ficado internada no hospital e que o pré-natal não pode ser feito no posto [...] a usuária diz que a gravidez é indesejada e que não vai se cuidar [...] e que não quer as crianças, por isso não quer fazer pré-natal, o médico diz que mesmo que ela não queira as crianças ela tem que se cuidar, pois sua vida também está em risco [...] o médico vai conversar com o enfermeiro [...] o médico veio até ao enfermeiro falar sobre uma paciente, gestante de trigêmeos no último trimestre de gestação que estava fazendo tratamento para tuberculose no hospital em Salvador e que até o momento era sua primeira consulta de pré-natal era gestação de alto risco e por isso precisava ser referenciada com urgência para Salvador para algum hospital que tivesse UTI neonatal. No dia ficou acertado entre o ACS da gestante e o enfermeiro que a gestante seria encaminhada para internação no Hospital de Itaparica na próxima terça-feira, dia de plantão do enfermeiro no hospital. Ele conversaria com o ginecologista do hospital, para que a paciente fosse referenciada para o hospital em Salvador [...] a gestante foi informada pelo auxiliar que ela vai ser encaminhada e deveria ir para o hospital de Itaparica na terça, a gestante levanta e diz que não vai voltar porque ela estava indo hoje para Salvador e vai embora (OBS 8).

A USF estudada tem como rotina a 1º consulta de pré-natal ser realizada pelo enfermeiro, devido ao preenchimento do número do Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e do Nascimento (SIS pré-natal)¹⁷; e a 2º e a penúltima consulta serem do médico. Entretanto quando há uma intercorrência no pré-natal essa rotina pode ser rompida como percebeu-se em uma das observações.

¹⁷O SIS Pré-Natal acompanha adequadamente as gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS. Neste sistema está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal. Permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2008).

O médico foi cordial com os usuários, cumprimentou e falou com linguagem acessível. As usuárias pareceram estar satisfeitas com a consulta. A última gestante não foi atendida no consultório, até mesmo porque ela não estava agendada, mas a médica saiu do seu consultório e foi vê-la na sala de curativo, conversou com ela, deu orientações e enfatizou a importância dela se cuidar e seguir as orientações dadas. Mesmo com o aparente desinteresse da gestante com a condução de sua gravidez, a médica se mostrou interessada em ajudá-la, por isso, procurou o enfermeiro na sala dele e chamou o ACS da gestante para conversarem e decidirem juntos como iam encaminhar o caso.

De acordo com a NOAS 2001 a atenção ao Pré-natal é uma das principais responsabilidades da atenção primária a serem instituídas na ESF e entre as atividades preconizadas esta: o diagnóstico da gravidez, cadastramento da gestante no primeiro trimestre, classificação de risco gestacional já na primeira consulta, acompanhamento de pré-natal de baixo risco, vacinação antitetânica, avaliação do puerpério, referência para a realização de exames laboratoriais, alimentação e análise de sistemas de informação, atividades de educação em saúde e suplementação alimentar para gestantes de baixo peso (BRASIL, 2001).

Entretanto, a ESF apresenta alguns pontos limitantes na atenção ao pré-natal, por que não foi observado nenhuma referência ao desenvolvimento de atividades educativas para o grupo de gestantes, o laboratório do HGM não realiza todos os exames de referência para o pré-natal.

[...] em alguns indicadores à gente conseguiu melhorar, alguns se repetem em outros municípios, por exemplo, o número de consultas de pré-natal que agente observa que não é uma coisa típica de Vera Cruz, que ela aparece em todos os municípios do estado, o início do pré-natal no primeiro trimestre [...] Agora eu acho que tem uma coisa que de certa forma compromete muito o trabalho da atenção básica que está relacionado à referência e a contra-referência e digamos assim aos serviços prestados pela média complexidade, o município não avançou muito [...] tem problemas sérios com relação aos exames laboratoriais que são necessários para o pré-natal, a população do município é pobre não tem como estar se deslocando para Salvador, a gente não consegue ofertar até hoje na ilha, não falo nem só no município aqui de Vera Cruz, que nem o Hospital Geral de Itaparica, que tem o laboratório que muitos usuários recorrem a ele, a oferta de exames de pré-natal é mínima e falam do programa de humanização do pré-natal, do parto, que o município recebe um recurso, uma verba para o fechamento do final do pré-natal, porém nunca consegue fechar porque os exames laboratoriais não são realizados e os exames laboratoriais são um dos critérios para que você feche o programa [...]

(P.11).

No ano de 2005 foi realizado o Programa de Pactuação Integrada (PPI)¹⁸ entre a União, o Estado e o município que objetivou implementar os programas em comum, considerando a demanda da sociedade e priorizando um projeto de desenvolvimento em nível sub regional articulado a estratégia de desenvolvimento nacional (VERA CRUZ, 2005a).

O município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)¹⁹ pela Portaria nº 465/GM de seis de fevereiro de 2005. Por meio desta habilitação o município assumiu a responsabilidade de gerir a média complexidade, nesse sentido ocorreram importantes resultados, no que se refere à referência e contra-referência, pois ocorreu uma maior aproximação com o HGM e com o HGI, haja vista a existência de alguns problemas na recepção e triagem dos usuários, entretanto, a boa relação com o HGI, tem possibilitado uma maior qualificação da identificação de doenças de notificação compulsória (CRUZ; TEODORO, 2006).

Nas falas abaixo pode-se observar algumas informações que ajudam a compreender como está oferecido esta rede de serviços que são complementares a efetividade da atenção primária e que também podem ser utilizados como eventos propulsores de aceitabilidade, nós críticos e ruídos da atenção a saúde no município.

[...]tem algumas especialidades de média complexidade, de alta nenhuma, de média complexidade temos: o Hospital Maria Amélia Santos, que oferece pediatra, ginecologista, otorrinolaringologista e angiologista e a alta complexidade vai para Salvador[...]no município a regulação ainda tá engatinhando, mas principalmente os atendimentos de alta complexidade vem aqui na secretaria, aí a gente marca a consulta e ele já sai daqui com o dia e hora marcado [...] (P.10).

Na fala acima o profissional afirma a existência do acesso a algumas especialidades lotadas no HGM, conhece a existência de problemas na regulação (encaminhamento das necessidades que não podem ser resolvidas no nível local) do próprio município. A alta complexidade geralmente vai para Salvador, entretanto, não parece

¹⁸ As metas definidas, que levam em consideração as especificidades de cada região, recebem o nome de Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS). A Secretaria de Vigilância à Saúde estabelece, anualmente, as atividades e metas para o controle e prevenção de doenças a serem desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do país, objetivando com isso, diminuir os índices de morbimortalidade, aumentar a qualidade de vida e garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Nestas metas são consideradas as especificidades de cada região. É feita uma avaliação preliminar pelas áreas técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), analisando cada ação/meta, bem como a sua viabilização. Após esta discussão, os municípios são convocados para apresentação e discussão de suas metas específicas. Depois de ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, a PPI-VS é ratificada pela Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2008).

¹⁹ É a gestão de todo o sistema municipal, que garante o atendimento em todo seu território para sua população e quando necessário referencia para outros municípios vizinhos (BRASIL, 2008).

reconhecer que em algumas situações podem existir problemas para o acesso a alta complexidade, como pode ser observada na fala abaixo:

[...] O encaminhamento não é fácil, eles reclamam, você encaminha, o enfermeiro, e o médico dão o encaminhamento e quando chega lá é uma espera longa vai para a sala da assistente social, aí, por exemplo, não tem neuro aqui, daí tem que ir para Salvador, muitas pessoas tem que encaminhar porque não tem dinheiro para pagar, outros tem convênio pela APAE, mas demora, às vezes não consegue, é 5-6 meses de espera a tendência é a pessoa reclamar, o cansaço faz a pessoa reclamar bastante. (P.5).

[...] por ser uma comunidade carente, como toda a localidade daqui, e por ser ilha, então o município mais próximo por terra fica a uns 100 km para ir a Salvador, já tem a parte de deslocamento marítimo e lá em Salvador terrestre. Não tem todas as especialidades nas duas unidades hospitalares da ilha de Itaparica, então eles não comportam todas as especialidades, às vezes a gente tem que encaminhar e eles têm que sair do município e retorno de outro município é muito raro de ter, tem, mas é com uma raridade muito grande, devido a locomoção deles que é muito precária, aliás, tudo é muito distante, muito precário e eles às vezes não tem como ir, tem que esperar o início do mês, se for um caso grave vai a óbito, ou vai para algum dos dois hospitais daqui para serem regulados pelo estado (P.9).

No Estado da Bahia o Plano Diretor de Regulação (PDR) foi organizado em 09 macrorregiões de saúde cada qual com um município pólo e 30 microrregiões de saúde também com a identificação de um município pólo. O PDR divide o Estado em regiões de saúde visando à organização da assistência para garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, às ações e serviços de saúde em qualquer nível de atenção. A lógica da regulação no Estado da Bahia obedece ao contido no PDR/BA (BAHIA, 2008).

O município de Vera Cruz-BA faz parte da macrorregião leste. que abrange 48 municípios com uma população de aproximadamente 4.468.281 habitantes, e da microrregião de Salvador que abrange 9 municípios com uma população de aproximadamente 3.246.735 habitantes (BAHIA, 2008).

A habilitação do município na Gestão Plena trouxe muitos avanços no que se refere ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, entretanto, a que se reconhecer que o município enfrenta limitações para garantir este acesso de forma universal, os avanços são percebidos na medida em que ocorre a organização do acesso dos usuários a algumas especialidades da média complexidade na ilha, entretanto, existe limitações por que além de serem oferecidos poucos especialistas, o encaminhamento para fora do município, como depende de uma regulação estadual, a depender do caso, pode tornar-se mais demorado, interferindo no acompanhamento e controle de certos problemas de saúde.

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 dispõe como responsabilidade do município o cumprimento dos princípios da Atenção Básica, no que se refere a organização dos fluxos dos usuários, visando a garantia das referências à serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2006e). Como por exemplo, pode ser citado o acesso a exames laboratoriais, exames complementares, atendimento de urgência e serviços de saúde mental, ou equipes de apoio à saúde da família.

[...] nós aqui temos CAPS para fazer uma orientação, para passar uma medicação ,para conversar com eles, para passar o dia todo no CAPS, mas muitos deles se recusam a ir, muitos deles, não é todos não, é muito difícil, ficam com vergonha são pessoas assim que tem muita vergonha de se abrir. aqui agora tem o CAPS[...] (P.4)

Na ilha faz eletros, alguns exames, estes de rotina aqui é fácil, carimba na hora, faz no mesmo dia e já leva, graças a deus, o raio x você telefona, marca e vai a hora marcada, ou faz particular, o ultra som não demora para fazer de 15 a 20 dias. O resultado que demora um pouquinho (P.5).

[...] quando é emergência para chamar a SAMU ou ambulância nós usamos nossos celulares[...] tira do nosso bolso mesmo, até um rapaz por parte da imprensa passou aí hoje na porta e perguntou se aqui não tinha telefone, aí eu disse, não tem não, mas se você botar um orelhão aqui na porta vai ser muito bom, o posto de Mar Grande tem telefone e aqui não tem não, a gente usa o nosso próprio celular (P.6).

Esquema 3. Rede de Atenção a Saúde de Vera Cruz-BA adaptada da “Rede de Atenção à Saúde Mental” elaborada por PITTA (2001).

Segundo Pitta (2001) a imagem da rede apresenta um modelo de recursos que são compartilhados, contemplando assim a continuidade e a complementaridade necessária, mais que em qualquer outra área da saúde, para pensar uma estratégia resolutive de cuidados que tenha de responder necessidades múltiplas de ordem afetiva, material (renda, moradia, comida, trabalho, habilitação, cultura e lazer etc.), clínica (psiquiátrica, psicológica, sistêmica, etc.) requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado e cidadãos comuns. Como apresentado no esquema acima o município tem uma rede de cuidados no que se refere a infra-estrutura, entretanto, em alguns momentos a rede parece se enrolar, ou seja, os recursos existentes nem sempre contemplam a todas as pessoas e as suas necessidades.

No entanto, há também que se considerar que é recente a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, pois quando foi realizada a pesquisa o município estava com dois anos de habilitação e a organização pode realmente levar algum tempo, por que nesta rede existem variáveis políticas, no sentido do financiamento e alocação da priorização de recursos.

A articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede não é construída só por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população. O papel dos gestores dos serviços é fundamental na condução desses pactos para o pleno funcionamento da rede (SILVA JR; ALVES; ALVES, 2005).

Uma saída para as dificuldades oriundas da referência e da contra-referência poderia ser a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que foram instituídos pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 159 de 25 de janeiro de 2008 para fazerem parte do “Mais Saúde”, que pode ser entendido como um plano estratégico de saúde lançado em dezembro de 2007 que contém ações para a ampliação da assistência e qualificação do SUS até 2011 (BRASIL, 2005b).

O NASF é uma equipe de apoio a ESF. Existem dois tipos de equipe de NASF, a 1 e a 2. O NASF 1 deverá ser composto minimamente por cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Eles deverão atender a um mínimo de 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. Os NASF devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família. O NASF 2 deverá ser composto minimamente por três profissionais de nível superior e atender no máximo a três equipes de saúde da família (BRASIL, 2005b).

As USF trabalham “afogadas” pelo que se costuma chamar de demanda espontânea, que se deve em grande parte pela assistência direcionada durante muitos anos na clínica individual. Entretanto, à medida que vai sendo instituída uma abordagem coletiva eficiente, verifica-se uma tendência ao desafogamento.

A assistência domiciliar oferecida pela equipe, principalmente a visita do ACS, que por meio de uma educação permanente vai monitorando as situações de risco, avaliando a necessidade de referenciar aos profissionais da USF ou resolvendo aquelas relacionadas a

situações aflitivas, de aconselhamento, de necessidade de contato social, como no caso dos idosos (BRASIL, 2000).

Na USF estudada o seu horário de funcionamento é das 8h – 12h e das 13h30minh - 17h. Foi observado que os usuários que estavam agendados foram atendidos, e geralmente algumas consultas extras (“urgências”) também foram atendidas, ou seja, a organização para atendimento na USF se mostrou flexível às necessidades “urgentes” referidas pelos usuários que procuraram o serviço sem agendamento prévio. A USF não pareceu dominada pela demanda espontânea, e isso foi uma característica positiva observada, sendo que, além disso, as urgências que chegaram foram atendidas, sem comprometer a organização do serviço, como atrasos ou insatisfações relativas ao tempo de espera ou prioridade de atendimento.

O que o programa preconiza são 16 consultas manhã, 16 consulta à tarde, ou seja, 15 minutos com cada paciente, 4h manhã e 4 horas de tarde deixando um espaço para quatro consultas que seriam as urgências chegaria a um total de 20 por turno, então isso aí é o que fica agendado no cronograma 16 pacientes, com aquela ressalva que eu te disse às vezes falta um e a gente encaixa outro às vezes tem 10 pacientes, às vezes têm mais de 20, às vezes têm emergência, às vezes não tem, mas nunca procurando ultrapassar mais que 20 Porque sendo assim a condição foge da estratégia [...](P.1).

A equipe trabalha dentro da lógica de atendimento preconizada pelo Ministério de Saúde, de acordo com a Portaria nº1101/GM de 12 de junho de 2002 que preconiza quatro consultas médicas/hora e três consultas do enfermeiro/hora (BRASIL, 2002e), sendo que ao final do período de 8 horas de trabalho ter-se-ia, minimamente, se fosse realizado apenas o número de consultas preconizadas um total de 32 consultas médicas e 24 consultas do enfermeiro.

Vem muito, pela parte da manhã, [...] aqui o atendimento é muito, principalmente quando atende a médica, o enfermeiro e o dentista. A médica são 16 fora as emergências, o enfermeiro é a mesma coisa, 16 fora as emergências, às vezes ela atende 16 ou 12 ou 20 (P.6).

A procura do atendimento pela manhã pode se justificar em parte pelo calor em abundância que se dá no período da tarde, pois na USF à tarde o sol bate de frente para a recepção, e tem pouca ventilação e um pequeno espaço para todos.

O Ministério da Saúde preconiza que o tempo de espera pela consulta não exceda 4h, e que o tempo de espera para ser atendido pela recepção deve ser até quinze minutos (BRASIL; 2000).

Não demora muito, é somente os médicos irem chegando que os prontuários já estão arrumados na mesa já vai começando o atendimento. É por ordem de chegada eles marcam a consulta uma semana antes, ou três, dois dias antes, quem chega primeiro vai sendo atendido. Eles marcam na recepção, eles vem me avisam o dia, dia que tem atendimento geral, marco atendimento geral, pediatria marca no dia de pediatria, e o hiperdia no dia do hiperdia. (P.6).

Na USF estudada não foi observado nós críticos, ou ruídos sobre o tempo de espera para a consulta, pelo contrário, o tempo de espera para o atendimento foi considerado pelo grupo um evento propulsor de aceitabilidade, uma vez que os usuários iam chegando e logo eram atendidos, esta característica da organização do serviço é um ponto favorável para aceitabilidade dos usuários. Esse dado também foi confirmado pela análise quantitativa, pois os percentuais de usuários com o tempo de espera revelaram mais satisfação do que insatisfação.

[...] ficamos sem médico cinco meses, a gente trazia para o enfermeiro ele olhava, inclusive ficou sobrecarregado, então quando ele não podia, encaminhava para o médico de outra unidade ou do hospital, [...] (P.3).

A falta do profissional médico foi amenizada pela presença do profissional enfermeiro, entretanto, em muitos casos onde as necessidades requeriam intervenção médica, estes usuários precisaram ser referenciados para o hospital, o que de certa forma descaracteriza a resolutibilidade da assistência na atenção primária, sendo esta responsável pela atenção da demanda de saúde na comunidade local.

Este problema encontrado na USF estudada também foi percebido em um trabalho de avaliação do PROESF no nordeste brasileiro, a ESF apresentou uma expansão significativa nesta região, no período de 2000 a 2004, entretanto, foram encontradas as limitações importantes, havendo com isso, necessidade de iniciativas no financiamento da atenção primária para a plena conversão do modelo, na superação da precarização do trabalho, na oferta de uma carreira aos trabalhadores e na educação permanente (FACCHINI et al, 2006).

Também foi observado outro problema com relação à **precarização do trabalho**, desta vez, no que se refere a pouco ou nenhuma motivação para o trabalho, como por exemplo, convite para cursos e/ou participação nas decisões de saúde como pode ser lido na fala abaixo.

O profissional deveria ser mais valorizado, não falo nem em questão de renda, nem em questão de dinheiro, principalmente a gente do nível mais baixo da pirâmide, a gente não é muito valorizado não, [...] da parte da gestão, por que a comunidade da até mais atenção para a gente [...] a gestão que esta lá em cima não liga muito não,

não convidam a gente para nada, não fazem nada pela gente, [...] somos o famoso Severino, quebra-galho [...] (P.7).

[...] o município tem uma pactuação com o estado, uma programação e eles não conseguem cumprir nada [...] porque no ano passado eu deixei de cumprir algumas coisas e nesse ano eu não sei se vou conseguir cumprir por conta de todas estas mudanças que acaba fazendo a gente não tem governabilidade para decidir sobre elas, ter governabilidade para negociar o salário de médico, não ter governabilidade para negociar quantas equipes permanecem, quantas equipes não permanecem, para negociar a expansão, tinha que fazer a seleção para os ACS, na realidade de hoje a gente faz de conta que cobre família, mas muitas famílias não estão cobertas , eu tenho agente com mais de trezentas famílias e sabemos que é humanamente impossível a gente dar uma assistência a uma quantidade tão grande de famílias então vai fazendo de conta que faz e muitas vezes não faz , aí você tem que começar a trabalhar numa flexibilização que compromete a estratégia como um todo, compromete todos os programas [...] eu tenho uma unidade hoje, que a medica saiu, eu não tenho nenhum técnico na unidade, o enfermeiro está fazendo todo o papel de assistência da unidade, ele fez um cronograma dentro da sua limitação de que um turno faz vacina e outro curativo, um turno atende os programas prioritários e tudo fica comprometido, porque o usuário chega na unidade e não quer saber se a vacina é só de quarta feira de manha, nem que só faz curativo na quinta a tarde, porque ou faz isso, ou não faz nada, o enfermeiro está altamente estressado é um dos melhores enfermeiros que eu tenho aqui do ponto de vista técnico e de compromissos e de responsabilidade, mas eu começo a perceber uma mudança no próprio comportamento dele [...] quero deixar claro é que estas coisas são sinalizadas verbalmente e por escrito para o secretário (P.11).

Considerando a perspectiva da ESF como uma proposta importante de transformação, a que se considerar a necessidade permanente de capacitação dos profissionais de saúde, com vistas a um melhor desempenho de atividades complexas que permeiam a promoção da saúde na comunidade, favorecendo com isso o sucesso da estratégia, bem como o alcance dos resultados esperados (PORTO; WALDMANN, 2007).

Os profissionais de saúde podem se sentir frustrados, quando percebem que suas angústias e necessidades não são percebidas pelos gestores, que em algumas situações não reconhecem a valorização do seu trabalho e continuam a exigir maior produtividade desconsiderando muitas vezes que os profissionais de saúde são trabalhadores e como qualquer outro tipo de trabalho precisam de motivação para desenvolver um trabalho de qualidade que também lhes dê satisfação.

[...] você tem uma responsabilidade, não só de manter o funcionamento destas unidades, mas de manter a alta estima a motivação desses profissionais e as vezes é complicado porque você também esta para baixo que é este momento que você esta vivendo agora, um momento extremamente difícil, se houver redução mesmo como existe a proposta de haver redução, que vai entrar no momento de quem vai ficar quem vai sair , estar usando determinados critérios, fazer escolhas são extremamente dolorosos para a gente e para que sai, o mercado de trabalho já não ta mais pelo menos para algumas profissões aqui na Bahia , não sei em outros estados, mas aqui em Salvador, na Bahia como um todo, a um tempo atrás o mercado de trabalho tava muito bom para enfermeiro havia uma expansão muito grande das equipes de saúde da família [...] as vezes você vai ter que fazer uma escolha e ter que estar se desfazendo de uma mão de obra qualificada a gente tem profissional aqui com

especialização, a proposta agora é de redução salarial contudo que vem agora, não só da redução de equipe, mas eu ouvi que vai haver uma redução no salário do enfermeiro, só do enfermeiro e do médico existe uma possibilidade de melhoria aí você entra numa questão de mercado, a gente paga pouco para o médico por isso temos problema para captação e retenção a gente tá sendo obrigado a fazer uma série de concessões ao profissional médico para manter os que a gente tem, a gente foi obrigada a fazer isso porque recentemente um dos melhores médicos que a gente tem aqui virou para mim e disse eu sinto muito eu não agüento mais esperar a melhoria de salário eu só tô te dizendo que estou enviando meu currículo para outros lugares porque realmente não dá, aí eu não sei o que fazer com estes profissionais com relação a carga horária destes profissionais para manter estes profissionais porque compromete a assistência, o que compromete a programação das atividades que a gente pactuou (P.11).

O trabalho em equipe pode beneficiar todos os profissionais envolvidos de forma igual, sem diferenciação referente à formação, ou o tipo de trabalho que desenvolve, por que a diferenciação entre uma categoria ou outra pode influenciar de forma negativa no processo de trabalho, uma vez que dentro da equipe deveria ser amenizado ou suprimido a divisão social do trabalho, respeitando com isso o perfil de cada profissional para o trabalho na comunidade que é complexo (PORTO; WALDMANN, 2007).

Por isso, é tão importante que os gestores concedam aos seus trabalhadores satisfação consigo mesmo e com as instituições, para que seja ampliada a sua auto-estima e a percepção da sua contribuição social dentro do contexto saúde (PORTO; WALDMANN, 2007).

Hoje, nesse momento poderia te dizer que todas as equipes não estão completas, a gente tem seis equipes com médicos, quatro equipes sem médicos, eu tenho uma equipe que ela não tem nem médico, nem enfermeiro, nem técnico ou auxiliar de enfermagem, ela ainda está constando, mas tem só a recepcionista, a auxiliar de serviços gerais e os ACS, isso já tem até um tempinho, a gente tá esperando essa definição de como as coisas vão ficar porque me parece que vem outras mudanças que vão repercutir inclusive na ESF, parece que existe uma proposta que vai alterar a situação de como está hoje, eu não sei se vai ter diminuição no número de equipes, eu sei que alguma coisa vai acontecer por aí, eu tô esperando uma posição concreta agora para o princípio de dezembro, mas eu tenho equipe incompleta sim, inclusive com relação a ACS, hoje a gente tem 64 ACS, se eu não tô enganada a gente tem um teto para 84 ACS e a gente tentou esse ano, no início do ano quando ainda era o outro secretário.[...] o estado tinha dado várias datas para o processo seletivo da gente e eu conversei muito com o secretário antigo, para que a gente pudesse tá fazendo seleção e só então fizesse a capacitação, mas ele me disse que até o final de 2007 não teria condição de estar fazendo o processo seletivo, e que eu só voltasse a falar de seleção com ele em 2008 e para não perder a oportunidade de fazer a capacitação, porque sempre existia uma queixa muito grande não só dos ACS, mas também dos enfermeiros de que esta capacitação era uma coisa importante a gente tinha que capacitar os ACS que a gente tinha (P.11).

Outra caracterização da precarização do trabalho se refere as regulares condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores, pois foi observado que em alguns momentos acontece a falta de material para curativo e medicação, principalmente de

medicação antihipertensiva, o que se transforma num problema para a equipe e também para os pacientes, para os primeiros por que são eles que recebem todas as queixas dos usuários sobre a falta de medicação e de materiais, sem serem os responsáveis por isso, e os segundos por que ficam sem a medicação e o tratamento e o controle da doença é interrompido, favorecendo com isso um descontrole na manutenção da saúde.

[...] e em relação à medicação, é como na maioria dos municípios sempre falta, fica a desejar a parte medicamentosa do município para com os pacientes [...] geralmente, é mais comum faltar os antihipertensivos e hipoglicemiantes orais e injetáveis também (P.9).

O medicamento que mais falta é para hipertensos, o captopril e também assim amoxilina, diclofenaco, estes medicamentos, que o pessoal utiliza muito, a demanda é grande (P.12).

A gente não faz exame aqui, porque não tem como fazer a coleta aqui ainda, mas faz em Mar Grande ou Itaparica. Sempre quando pedi algum exame eles vão fazer lá [...] Se for caso de emergência se faz dum jeito para eles entregarem logo em 2-3 dias se não em oito dias (P.4).

O material de curativo é insuficiente, a farmácia aqui é pequena o espaço é muito pequeno e a demanda e a quantidade de remédio é alta, faltam muitos medicamentos [...] (P.5).

Os profissionais de saúde da USF selecionada também convivem com outros entraves para a efetividade da assistência, um deles seria a dificuldade de acesso à realização de exames laboratoriais que não são realizados na unidade, estando todos centralizados no Hospital do município.

A gente procura facilitar porque o paciente tem muito problema para ir fazer os exames, tem que ir lá para Mar Grande para poder colher, não para Itaparica (...) nós temos pacientes acamados, tem idosos, que tem problemas de locomoção, que não tem como subir na Kombi, então a gente, tem um ACS que a esposa dele trabalha no laboratório, então ela faz o favor para a gente quando a gente vê que tem uma pessoa que não tem condições de ir ou por problema financeiro, ou físico, então a gente pede para ela ir à residência, colher o exame de sangue, leva para lá e trazer o resultado (P.1).

E acho que retirada de sangue, coleta de urina e fezes poderia ser feito aqui no posto teria um horário certo para vir , porque o acesso é difícil e o pessoal não tem dinheiro que a passagem aqui é cara (P.7).

De acordo com Moura e Aguiar (2004) uma alternativa para este problema da realização de exames centralizados no hospital poderiam se dar por meio da descentralização dos postos de coleta para junto de cada USF.

A ESF ampliou o acesso de certa forma liberou uma demanda reprimida, no entanto, isso implica em aumento de gastos e de necessidade de potencializar a capacidade de

comunicação e otimização dos serviços de saúde. A fragilidade em oferecer um suporte de materiais, medicamentos e fluxos seguros de referência e contra-referência podem comprometer a materialização da integralidade (KANTORSKI et al, 2007).

O município tinha oito **equipes de saúde bucal** que estavam lotadas nas USF, entretanto, na ocasião da coleta dos dados as equipes haviam sido desativadas pela gestão municipal sem nenhuma consulta prévia aos profissionais e usuários. As equipes foram implantadas de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) proposta pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2006 foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o “Brasil Sorridente” como a Política Nacional de Saúde Bucal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal dos brasileiros. O PNSB está destinado a todos brasileiros que dependam da rede pública de saúde para receber cuidado odontológico (BRASIL, 2004b).

No site da Prefeitura Municipal de Vera Cruz/BA, ainda hoje, pode ser observado nos arquivos da SMS a apresentação do Programa de Saúde Bucal, seu histórico de implantação, bem como o número de equipes e estatística dos anos de 2006 e 2007. Na leitura do documento pode ser observado que a gestão entendia a saúde bucal como integrante indispensável da saúde geral e da qualidade de vida da população, trazendo inclusive propostas do “Brasil Sorridente”, como a necessidade de intensificar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

a dentista estava ótima, todo mundo vinha mas aí parou, ninguém sabe porque [...] (P.7).

As oito equipes foram desativadas pela gestão sob o argumento do gasto com a folha de pagamento da SMS. O CMS foi apenas informado da decisão.

[...] não foi feita uma consulta para a retirada, não houve nenhuma reunião prévia para se discutir, colocar, até tentar deixar uma alternativa para que os próprios profissionais se mobilizassem, tentassem encontrar uma alternativa para que a gente não precisasse fazer esta mudança tão drástica ou acabando o programa [...]. O que nos deixa muito triste é que a área de saúde bucal melhorou bastante, impactou bastante, quando se conversa com munícipes e usuários, eles falam que melhorou a assistência, mas parece que a gestão central não consegue enxergar isto. [...] mas tem coisas que agente não pode abrir mão [...] de estar descontinuando a assistência que já vinha sendo oferecida, inclusive ontem eu precisei fazer uma visita a uma unidade eu fui lá buscar uma outra informação, mas fui interpelada na entrada pelos usuários para saber quando é que a dentista iria voltar, que dia que a dentista iria voltar, eles fizeram um abaixo assinado, inclusive eu orientei a comunidade que eles é que tinham que estar se organizando, que eles que tinham Conselho Local, que tinham inclusive este poder, que eles tinham a própria câmara de vereadores local, que eles poderiam estar se articulando, que existe uma parte que é da gente, mas que

existe uma parte que é deles, e que tem que estar se responsabilizando por ela então eu acho que a saída dos dentistas impactou bastante e eu temo que isto possa estar sendo o início de outras mudanças que de repente possam estar impactando negativamente a assistência a saúde de Vera Cruz (P.11).

No momento foi que a gente esta com 74% da folha de pagamento, enquanto a lei de responsabilidade fiscal é de 54%, tá 20% ultrapassando, não só a saúde bucal, mas infelizmente, vai estar sendo finalizada algumas USF a gente vai estar reduzindo também [...] o município vai ter o programa próprio atendimento básico nas unidades e qual é o problema, é que agente em vez da gente ter dentistas com 40h a gente vai ter dentistas do município com 20 horas que já fazem parte do quadro [...] não, na verdade é o seguinte a gente vai botar o CMS a par, a gente não vai estar pedindo a aprovação, a redução vai ser com ou sem a aprovação do CMS, porque realmente, o município não tem como arcar atualmente com as equipes (P.10).

Esta situação de desativação das equipes de saúde bucal vivenciada pelo município em novembro de 2007, pode sugerir a existencia de problemas no planejamento das ações de saúde, no que se refere a condução dos programas instituídos, uma vez que foram implantadas dez USF e oito equipes de saúde bucal no período de um ano, tendo como meta a implantação de mais três USF o que totalisaria treze USF até 2009 no Plano Municipal de Saúde.

Em contrapartida são desativadas as equipes de saúde bucal vinculadas a ESF, há a tendência da redução das equipes de saúde da família devido a problemas de ordem econômica, para redução de gastos com a área da saúde no município.

à estrutura política dos gestores é muito aquela cultura de que de impacto imediato a realidade é esta, [...], então parece que eu não sei se falta paciência dos gestores ou se eles não acreditam, ou se eles não tem o conhecimento de como a estratégia funciona, qual é a filosofia dela, [...] às vezes você fica descrente não é, de que a estratégia vá para a frente, de que a gente consiga mudar o modelo, porque você vê às vezes a situação a gente tinha um secretário que veio para cá com um pensamento de implantar de vez 10 equipes de saúde da família e implantou [...], trouxe o SAMU para o município, implantou a farmácia popular, trouxe um CAPS, agente tem um CAPS I no município e de repente a gente começa a ver que tudo isso começa a se desfazer da noite para o dia como se nada disso tivesse impactado nada, como se nada disso tivesse dado resultado (P.11).

De acordo com Sá (2001) o contexto sócio político das organizações públicas de saúde no Brasil e os problemas que estas enfrentam vêm gerando uma situação semelhante à situação diagnosticada por Freud, ainda em 1930, com relação aos problemas da sociedade e da cultura ocidental - como um "mal-estar nas organizações de saúde". Tal situação está produzindo, na população em geral e entre os profissionais ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde em nossa sociedade, sentimentos de perplexidade, impotência e sofrimento.

É possível pensar que os prejuízos para a saúde da população são imensuráveis, uma vez que houve um retrocesso nas atividades propostas para o quadriênio de 2005 a 2009, tanto do ponto de vista do acesso ao programa de saúde bucal, considerando a desativação das equipes. Entretanto, segundo a fala abaixo a gestão está trabalhando numa proposta alternativa criada pelo próprio gestor municipal.

[...] tem uma unidade que está sendo construída que é a unidade de especialidades odontológicas que funcionará como especialidade odontológica, mas que não será um Centro Especializado em Odontologia (CEO) atrelado ao Programa de Saúde Bucal ele deixou bem claro isso na reunião, de que não será um CEO [...], por que o pensamento do Prefeito é de que o município precisa trabalhar dentro da lógica de funcionamento dele, de realidade dele, da dinâmica dele e não de uma lógica que venha digamos assim verticalizada, concordo até parcialmente com ele, que o município precisa trabalhar dentro de uma lógica de funcionamento do município (P.11).

[...] apesar da gente estar sofrendo algumas mudanças que parecem que vão ser um retrocesso, mas na verdade vai ser uma melhoria para a população, apesar de estar diminuindo algumas equipes a gente vai dar uma maior qualidade no atendimento com postos volantes, vai ter o posto do PSF e a gente vai estar fazendo tipo um psf volante, nas localidades onde não estiver tendo uma abrangência, a gente vai ter um carro, um carro que vai estar indo uma ou duas vezes na semana nestas localidades, por que aqui vocês virão é um município grande e muito recortado não tem uma ligação então nós estamos tentando equiparar estas diferenças de localidades (P.10).

Em estudo realizado por Vilasboas e Paim (2008) em um município do nordeste brasileiro foi observado que o componente tecnológico das práticas de planejamento, constituído por saberes operantes e saberes práticos, pode assumir a conformação de um cálculo sistemático, que articule o conhecimento com a ação e o presente com o futuro, para que as decisões pactuadas sejam cumpridas, mesmo mediante dos constrangimentos externos provocados pelo modelo de financiamento do SUS e a tutela da Prefeitura Municipal sobre os procedimentos administrativos necessários ao funcionamento da rede de serviços de saúde.

Entretanto, no estudo realizado por estes autores foi observado que a perícia dos dirigentes em construir viabilidade política para a implantação do SUS municipal, especialmente, junto ao Ministério da Saúde, principal fonte de apoio externo, foi fundamental para a condução de seu projeto de governo, diferentemente, da situação vivenciada em Vera Cruz/BA, que optou-se por mudanças bruscas nas políticas de atenção primária com a desativação do programa de saúde bucal vinculado a ESF.

Como citação anterior, um importante ruído identificado foi à decisão de ter sido tomada apenas no palco da gestão municipal, uma vez que nem os profissionais e nem os usuários foram previamente avisados ou convidados para discutir a decisão. Sendo ainda importante salientar que o CMS apenas foi informado da desativação, ou seja, a referida

tomada de decisão não foi democrática, por que de certa forma não estimulou e nem considerou a participação popular e isso vai de encontro aos princípios do SUS.

O profissional dentista foi bem avaliado pelos usuários, foi possível verificar isto nos dados encontrados no estudo quantitativo, os participantes, na sua maioria estavam satisfeitos com a atenção e isso lhes foi retirado sem nenhuma discussão, o que futuramente poderá influir negativamente na avaliação da aceitabilidade.

5.6 Avaliação do Resultado – As dimensões da aceitabilidade

Esta temática abordará a avaliação do resultado na perspectiva do profissional, no que se refere à aceitabilidade das atividades desenvolvidas, bem como a participação social do usuário/família.

[...] los servicios de salud además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, deben ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario, ya que es la aceptación del consumidor la que finalmente, valida integralmente el proceso de atención” (COLUNGA RODRIGUEZ et al 2007 p. 2).

Conhecer a percepção do profissional sobre a aceitabilidade no que se refere às atividades realizadas pode ajudar no reconhecimento de limites e potencialidades do seu trabalho, com vistas a uma adequação da práxis de acordo com as necessidades do usuário/família e comunidade.

[...] A aceitação é boa, porém muitas pessoas ainda não conhecem e também algumas pessoas nem querem conhecer só porque é do governo acham que não é bom há é público então não presta. Às vezes as pessoas vão para fora, para Salvador, para a clínica médica pagando o plano de saúde tudo e espera às vezes um mês, um mês e meio pelo médico enquanto aqui às vezes em uma semana, ou de um dia para o outro já tem um médico e um médico bom às vezes eles não sabem a diferença, às vezes eles não tem esta visibilidade e acha que lá é melhor, mas aqui às vezes é melhor (P.3).

Segundo a fala do profissional acima alguns usuários podem ter preconceito com o serviço público, acreditando que a qualidade existe apenas no serviço privado. Entretanto, também é possível sugerir que devido aos episódios da falta do profissional médico por até cinco meses muitos procuram diretamente outros serviços que não a ESF.

Os profissionais de saúde, os gestores, os conselheiros, os líderes comunitários podem motivar os usuários sobre a importância da discussão democrática entre eles que sobre os princípios da estratégia para a promoção da saúde na comunidade.

Desta forma, possibilidades podem ser criadas para que a aceitabilidade do serviço público se dê no momento em que as pessoas comecem a visualizar a ESF como algo seu, custeado por cada pessoa de cada família, e repassado pelos governos públicos a comunidade, em forma de acesso aos serviços de saúde, dentro de um processo organizado e representativo quando se propõe a participação de todos os atores envolvidos.

Ferri et al, (2007) acreditam que por meio da mudança das práticas, ou seja, da forma de produzir esse cuidado, usando a qualidade, e não só a quantidade, usando a responsabilidade, e não a dependência, usando o carinho, e não a técnica reservada, a aceitabilidade\satisfação do usuário\família será o resultado final do processo de trabalho em saúde.

[...] Tem todo tipo de atendimento, atendimento clínico, gestante e pediatria e todo tipo de atendimento, tem tanto a médica, quanto o enfermeiro (P.4).

O atendimento na USF investigada ainda segue o modelo tradicional centrado no atendimento clínico, isso acontece tanto no trabalho do médico, que apresenta uma postura mais acolhedora quanto no trabalho do enfermeiro, sendo que de acordo com o que foi apresentado anteriormente existem poucas atividades de educação em saúde e atividades com a comunidade fora da USF.

Outra perspectiva importante foi apontada por um profissional chamando a atenção de que a gestão tem participação direta ou indireta na aceitabilidade dos usuários com as atividades desenvolvidas pela a equipe e que a aceitabilidade do usuário\família tanto pode ser potencializada como poderá ser anulada.

[...] Para a gente conseguir a satisfação do usuário de uma forma mais completa é preciso ver que o município em si deveria ter alguns retornos necessários para que a gente possa desenvolver o nosso trabalho da forma que tem que ser, porque na verdade, na verdade nós tentamos fazer a coisa da melhor forma possível, mas o apoio do município é muito pouco, então fica difícil da gente conseguir agradar a todo mundo e aí acaba deixando alguém irritado, insatisfeito (P. 8).

Atualmente, considerando as prerrogativas da APS é possível perceber a necessidade da formação de contratos entre a gestão, os profissionais e os usuários, incluindo nestes a participação ativa do Conselho Local de Saúde para que todos juntos possam assumir um compromisso formal com a APS.

[...] Quando começou o programa, tinha muita queixa, as pessoas não estavam acostumadas com esse tipo, antigamente só tinha um médico para tudo, não tinha técnico de enfermagem, mas hoje tem uma equipe que dirige organizada, que organizou a demanda então para as pessoas se adaptar, tava acostumado chegar aqui e o médico atender, e hoje não, hoje tem que agendar, então as pessoas reclamam, mas depois eles se adaptaram, hoje há reclamação como há em todo lugar, mas hoje esta bem melhor, eles aceitam. (P.5)

É possível identificar na fala acima que a equipe já percebe uma maior aceitabilidade da comunidade com a ESF, isso é positivo para o início da construção do alicerce que, possivelmente, irá sustentar o sucesso da ESF no nível local, considerando que também é preciso que o usuário compreenda e aceite a estratégia, a fim de sentir-se motivado para participar ativamente das decisões de saúde, tanto no nível micro, com o apoio dos CLS, quanto num nível macro com o apoio do CMS.

Pelo que foi observado nos documentos do município o CMS foi reativado em 2005 e as propostas de implantação da ESF foram discutidas e aprovadas nas reuniões do CMS.

Entretanto, pelo que foi entendido, não houve reuniões com os usuários de cada bairro para a implantação, pois os CLS não haviam sido organizados, sendo mais tarde instituídos e considerado um dos resultados positivos para a ativação do CMS e da implantação da ESF na construção da participação social e nas práticas de saúde no nível local.

Ou seja, a ESF foi implantada nos bairros por meio da necessidade da SMS de favorecer o acesso às pessoas na atenção primária, porém as discussões foram centralizadas no palco das decisões da gestão e do CMS, e não partiu de reuniões na comunidade.

Desta forma, não ter a participação da comunidade pode ser uma das razões que contribui para que a comunidade, há décadas acostumada com o modelo tradicional, ainda tenha algumas dificuldades para entender e aceitar a ESF como uma proposta para a qualificação da atenção à saúde dos usuários, famílias, bem como da própria comunidade.

No caso da saúde, foi muito importante o fortalecimento dos CMS, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de intervenções, por que estas são prerrogativas para construção de viabilidade social das mudanças no setor da saúde (TRAD; BASTOS, 1998).

Os profissionais percebem que a aceitabilidade dos usuários com a ESF é positiva e isso se confirma nos dados encontrados, anteriormente, no estudo quantitativo dos dados dos usuários. Entretanto, os profissionais também reconhecem que alguns usuários não

aceitam ou até mesmo não estão satisfeitos com a ESF como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] Olha tem a crítica porque nem Jesus não agradou a todos, mas em compensação a gente é também elogiada no atendimento, muita gente até de fora elogia o atendimento, [...] mas a comunidade aceita muito o atendimento da gente (P.6).

[...] O pessoal aceita. Sabe que nem Deus agradou a todos, mas o pessoal aceita porque é uma raridade ver o posto vazio, [...]. Mas isso aqui anda muito cheio, acho que é a unidade que requisita mais material e medicamento é essa aqui [...] (P.7).

[...] dentro da unidade eu acho que a aceitação é boa por parte dos colegas e por uma boa parte da comunidade, mas nem todo mundo tá satisfeito, a gente não consegue atingir o 100% de satisfação, as pessoas por mais que a gente explique não entendem, acham que nos poderíamos fazer mais e mais, mas eu dependo muito de um sistema, de um município, que acredito que depende do estado e por aí vai então a gente acaba nunca agradando a todo mundo (P.8).

Na fala do profissional (P.6) pode ser observado que ele associa aceitabilidade ao fato da USF ser procurada por muitos usuários. Dado semelhante a este foi observado por Coimbra (2007) que explica a importância de se reconhecer que os atores envolvidos, sejam eles usuários ou profissionais, também constroem seus próprios critérios de avaliação.

Entretanto, há que se refletir sobre esse critério de avaliação utilizado pelo profissional, por que podem existir outras explicações para a presença contínua do usuário na USF, uma delas, pode ser pelo simples fato da USF estar mais próxima a sua casa, não tendo assim maiores gastos com transporte até outros serviços de saúde; a limitada resolubilidade em detrimento de precárias condições de vida que influem em um maior aparecimento de doenças; pela medicalização das práticas voltadas para ações intervencionistas sobre a doença, em detrimento das ações de prevenção e promoção, entre outros.

O profissional (P8) também traz uma discussão interessante sobre a aceitabilidade, onde refere que a ESF não atingiu os “100% de satisfação”, por que as equipes em si, bem como os recursos dependem de um sistema maior. Entende-se desta forma que o sistema citado pelo profissional pode ser tanto o Municipal, Estadual e também o Federal.

Essa percepção chama para uma discussão sobre qual é a prioridade da APS no palco das políticas de saúde em nosso país, uma vez que até o momento tiveram muitos avanços, a expansão da estratégia pode ser um exemplo destes, mas existe a necessidade de avanços importantes para o financiamento das políticas de saúde que contribuam para que municipalização da saúde efetive a qualificação das práticas no nível local e que estas também estejam norteadas tanto pela participação social tanto dos usuários, como de seus representantes comunitários e que estes cada vez mais se sintam participantes deste processo.

En las reformas del sector salud de Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud y la promulgación de diversas leyes y políticas de salud (Constitución, 1988; Leyes de Salud, 1990 y Normas operativas básicas 1991/93/96) se ampliaron en las dos últimas décadas las posibilidades de participación de la población en la gestión del sistema de salud (NAVARRETE et al, 2002, p. 586).

Pois se existem leis e prerrogativas democráticas que estimulam a participação social é mais do que necessário que os usuários desenvolvam atitudes e comportamentos que motivem uma maior participação nas decisões em saúde e isso precisa ser estimulado pelos profissionais e gestores, considerando que historicamente no Brasil, a democracia e a liberdade de expressão vêm sendo fortalecidas há pouco mais de vinte anos.

De acordo com Navarrete et al (2002) a mobilização social está relacionada com o baixo nível sócio-econômico e com a limitada consciência cidadã e dos direitos sociais, por isso a importância do papel dos profissionais e dos gestores para construir juntamente com a comunidade a prática e o exercício da cidadania.

Três profissionais da equipe participam do Conselho Local de Saúde (CLS), isso é uma característica inicial e necessária para a construção do despertar participativo.

[...] Os ACS participam do conselho e o conselho participa para a comunidade e assim por diante (P.2).

[...] Temos o conselho municipal, algumas pessoas participam, o conselho é basicamente é pessoas que lideram a comunidade, as lideranças das associações (P.3).

Em Vera Cruz-BA com a implantação das USF em dez áreas do município foi possível também à criação de dez Conselhos Locais de Saúde, entretanto, na USF estudada foi observado que o Conselho Local de Saúde parece não atuar juntamente com a equipe da ESF na resolução das necessidades que surgem no cotidiano da produção em saúde no local, embora alguns membros da equipe participem como membro do conselho, percebeu-se que o CLS não se mobilizou para negociar a não desativação da equipe de saúde bucal, tanto a equipe, quanto os usuários e quanto conselho mantiveram-se passivos, embora descontentes com a decisão do gestor.

O CLS é composto por representantes dos três bairros que compõe a área de atuação da USF, sendo cinco do bairro número 1, onze do bairro número 2 e seis do bairro 3, totalizando 22 membros.

Em estudo realizado por Lacerda e Santiago (2007), em um município do interior do estado da Paraíba os CLS estão assumindo o cenário político dos movimentos

comunitários por que foram reconhecidos como mecanismos de fortalecimento do controle social na gestão local da ESF.

Esses espaços trazem uma significativa relevância para as comunidades, com vistas ao envolvimento da população não somente nas questões específicas no campo da saúde. O processo de construção do direito à saúde insere-se, portanto, no espaço das micro-relações entre usuários, profissionais e conselheiros de saúde, imersas nos significados que aí são reproduzidos e continuamente reinterpretados.

Observa-se com os achados deste estudo que a participação social do usuário/família pode influir na aceitabilidade, assim como o contrário também é verdadeiro. Por isso, é preciso que cada vez mais os CLS se aproximem da comunidade e estes também se aproximem dos CLS, construindo um movimento no sentido de fortalecer a ESF que mesmo não tendo sido discutida no nível local, pode ser entendida como uma grande conquista da população.

Na arena dos CLS é possibilitada a luta pela efetivação de direitos que qualifiquem os usuários como cidadãos, outorgando-lhes o compromisso de se organizarem para amplificar e dar eco às suas reivindicações (ACIOLE, 2007).

Sobre o convite para os usuários participarem das reuniões da equipe também há que se tecerem algumas considerações sobre as falas abaixo:

[...] Geralmente, a reunião é com a equipe, na verdade os ACS já tem uma base da comunidade então reuni-se sem a comunidade (P.5).

[...] A comunidade não participa não, aqui por exemplo, quando a gente faz alguma reunião participa bem pouco, eu mesmo aqui tem o conselho local sempre quando a gente faz reunião na comunidade a gente faz uma estratégia para poder ver se reuni os líderes, a gente já fez reunião lá em cima na entrada do bairro 2 e a gente distribuiu 800 convites, distribuímos em toda comunidade, mandamos para os líderes, até para candomblé, igrejas e tudo, pouquíssimas pessoas participam e a gente fica falando, gente vocês tem que participar de reuniões, dar opinião, dar críticas, criticar o que esta errado, mas eles não participam não (P.6).

[...] a comunidade aqui na ilha, principalmente aqui ela ta meio dispersa, ela não costuma assim participar muito destas discussões, a gente ate convida para vir nas reuniões para poder estar dando opinião, para ela poder ajudar a gente a construir este sistema, mas é pouquíssimo, porque normalmente, eles não participam. (P.8).

[...] aqui o pessoal é muito acomodado em termos de participação com a comunidade, em termos de reuniões, então as reuniões daqui é com quem esta no momento, a titulo de palestras educativas ou então a gente realiza mutirões com a força jovem, porque assim as pessoas que tem um certo grau de idade, com idade mais avançada, eles não dão muito retorno, então o que eu vejo muito assim, como se o posto tivesse a obrigação, como se só a gente tivesse obrigação com eles e eles não tivessem com a gente. (P.9).

Como observado as falas dizem tudo por si só, existe uma contradição entre os profissionais da equipe, no que se refere à participação ou não da comunidade, por que enquanto alguns dizem que a comunidade não é convidada para a reunião, e que mobilizam a comunidade para participar, outros dizem que é convidada, mas que poucos comparecem.

A contradição apresentada na fala dos profissionais pode ser um sinal de que alguns profissionais concordam e estimulam a participação dos usuários, enquanto que os outros profissionais parecem ser indiferentes sobre a participação ou não dos usuários nas decisões de saúde na ESF.

Os três profissionais da ESF, que participam do CLS da comunidade da USF selecionada para esta investigação, informaram aos pesquisadores, em uma primeira reunião, que eles haviam realizado um estudo para conhecer a opinião dos usuários sobre as condições do bairro e as condições de saúde das pessoas, realizando treinamento para coleta dos dados com alguns membros da comunidade do bairro e que questionários foram aplicados e depois recolhidos, porém ainda não analisados.

Esta iniciativa do CLS, relatada pelos três profissionais da equipe, na realização de uma investigação sobre as condições sociais e de saúde da comunidade foi notória do ponto de vista da motivação da participação social e precisaria ser finalizada para que fossem conhecidas as necessidades da comunidade, as quais poderiam ser negociadas entre o conselho local e a gestão municipal e secretarias afins, desenvolvendo a promoção de saúde no nível local.

A participação dos usuários nas decisões em saúde e a avaliação precisam ser realizadas na ESF, visto que estas atividades potencializam a cidadania e o comprometimento destes com o fortalecimento da APS no nível local e também na organização da rede de serviços complementares de saúde.

[...] Os questionários nós fizemos, o conselho liderou o questionário no mesmo momento nós fizemos o treinamento do pessoal para mutirão, fizemos duas semanas de treinamento, geralmente as pessoas fariam dois turnos, um dia de treinamento, quando foi no sábado tínhamos 60 pessoas prontas para fazer o mutirão do questionário, nos fizemos, conseguimos mais ou menos 80% de adesão às respostas, foi muito bom (P. 3).

A comunidade é a razão da existência da USF e necessita ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema de saúde, fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde. A abertura para avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço e exercita a aceitação da visão e percepção dos atores envolvidos (TEIXEIRA, 2004).

[...] Avaliação como assim? [...] é muito pouco. Muito pouco [...] (P.12).

O usuário não pode ser mais considerado como mero expectador de um sistema que oferece serviços que considera necessário, ele tem que ser reconhecido enquanto indivíduo que possui direitos e autonomia e que é capaz de tomar para si as rédeas de suas escolhas e decisões (ZAICANER, 2001).

A avaliação dos usuários sobre a ESF era realizada por meio de uma caixa de sugestões (acrílico transparente), que durante o período da pesquisa estava vazia e estava localizada num lugar de pouca visibilidade, com várias revistas e vaso de flor ao seu redor.

[...] a gente tem um instrumento que a gente utiliza nas unidades aqui que é uma caixa de reclamação, e a gente sempre pede que de acordo com a organização da unidade, que pelo menos uma vez por mês eles estejam vendo aquelas reclamações ou sugestões, consolidando isso e trazendo isso para a gente (P.11).

Entretanto, alguns profissionais identificam a necessidade da realização de pesquisas de avaliação que contemplem a qualidade do serviço, perspectiva interessante observada na fala abaixo:

[...] Atualmente, a gente não tem nenhum mecanismo, mas a gente está retendo implantar questionários qualitativos, deixar no posto uma caixinha de sugestão para quem estiver lá poder dar opinião do que está achando, a gente vai montar um questionário simples, por que a população aqui é muito carente e como temos muitos analfabetos a gente também em visitas às casas a gente vai estar aplicando o questionário para a população (P.10).

Muitos dos programas de saúde têm sido desenhados e executados para a população, quando o mais adequado para garantir a participação seria que fossem elaborados e aplicados junto com a população. Esta constatação sugere que o próximo passo e o maior desafio das equipes de saúde da família construam possibilidades efetivas de uma prática, na qual usuário e a população sejam partícipes da produção da saúde, ou seja, integrem-se num projeto assistencial comum (CREVELIM, PEDUZZI, 2005).

A contribuição da saúde para a cidadania é um grande passo no caminho da construção de práticas de saúde equânimes, integrais que tenham como mola propulsora a participação social, que as pessoas tenham liberdade de se expressar sobre as suas necessidades, que sejam escutadas pelos profissionais e gestores e que por meio desta relação entre iguais seja possível a qualificação e o fortalecimento da APS/ESF para a transformação do modelo assistencial em um modelo que cultive e promova saúde, sendo, sobretudo, aceito e legitimado pelos usuário/famílias e comunidades.

Baseados nos dados apresentados e discutidos nessa pesquisa foi elaborado um quadro com os indicadores qualitativos de atenção a saúde da ESF, os quais foram checados de acordo com os achados.

Abaixo se observa um quadro que pontua os eventos propulsores de aceitabilidade observados na avaliação do Resultado.

Quadro8: Indicadores qualitativos de atenção à saúde na ESF.

ESF	Indicadores
Universalidade	Chegou ao serviço e foi acolhido com ou sem agendamento Recebeu medicamento do Kit ESF, sempre que havia medicamento Participou das ações programáticas Estava com a imunização atualizada Recebeu assistência de enfermagem sempre que necessário
Integralidade	Não foi observado dinâmica de grupo Teve sua queixa principal valorizada Teve outras queixas ou necessidades reconhecidas Realização do exame físico Recebeu orientações sobre autocuidado Não foi observado encaminhamento para serviços de referencia A necessidade foi resolvida ou amenizada Não foi observado plano terapêutico em seu prontuário
Participação Social	O usuário não foi incluído para tomada de decisão sobre as ações de saúde no nível local, O usuário não inclui-se nas decisões em saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi norteado pelas linhas filosóficas da APS, com discussão de três de seus princípios (acesso, integralidade e participação social), realizando estudo quantitativo, no que se refere à sustentação e elaboração das variáveis de interesse e estudo qualitativo, buscando apreendê-los como indicadores (eventos propulsores de aceitabilidade) da avaliação da aceitabilidade por meio da Estrutura-Processo-Resultado de Avedis Donabedian.

Frente aos pressupostos que orientaram a organização deste estudo “O usuário/família aceita a ESF, uma vez que esta estratégia está voltada para a facilitação do acesso e humanização da assistência”; “O usuário, a partir da sua vivência histórico-social de uso dos serviços de saúde, tem o direito e o dever de participar do processo de avaliação dos serviços de saúde, por que esta atitude pode potencializar a aceitabilidade da ESF” e “Os gestores e a equipe de saúde da família estão comprometidos com a transformação do modelo assistencial porque motivam e apóiam a organização, o fortalecimento e a consolidação da participação social preocupando-se com a aceitabilidade da ESF”, e após ter apresentado os resultados desta investigação, que possibilitaram avaliar a aceitabilidade da ESF na perspectiva do usuário/família”, passamos a apresnetar as considerações pertinentes ao desenvolvimnto da investigação.

Nos resultados do **Estudo Quantitativo** foram apresentadas as condições sócio-demográficas da população que são importantes para o conhecimento da aceitabilidade, sendo que entre os achados foi observada uma população adulta, na sua maioria composta por mulheres e com idade média em torno de 41 anos

Sobre a distribuição da principal fonte de renda foi identificado que a maioria dos participantes tinha algum tipo de renda fixa.

Os resultados apresentam um cenário onde o rendimento mensal da maioria das famílias fica por volta dos R\$ 380,00 reais, ou seja, um salário mínimo, para famílias com número médio de membros de 4 pessoas.

Na avaliação de **Estrutura do Estudo Quantitativo** verificou-se que a maioria dos participantes frequenta a USF há mais de 2 anos. Quanto ao tempo gasto no deslocamento da residência a USF, a maioria levava em torno em torno de 15 minutos, entretanto, alguns outros levavam mais que 15 minutos, até 45 minutos.

Foi verificado pelos pesquisadores durante a observação realizada na área problemas no acesso de usuários de dois bairros distintos que compõe a área da ESF, esses problemas (distância e precariedade do caminho) vão ao encontro de problemas referidos pelos profissionais na sequência deste trabalho.

Verificou--se que a maioria dos usuários utilizava outros serviços de saúde além da USF.

Na avaliação de **Processo do Estudo Quantitativo**, foi observado que a maioria dos participantes não havia até o momento participado de atividades de educação em saúde, mas que a maioria participava de algum programa de saúde.

Quanto ao encaminhamento a especialistas, a maioria nunca havia sido encaminhado, assim como a maioria também nunca havia sido encaminhado ao hospital.

Quanto ao atendimento hospitalar 40,4% dos usuários foram encaminhados para atendimento hospitalar e 59,6% não. A maioria dos participantes referiu já ter realizado algum tipo de exame laboratorial.

A avaliação de Resultado do Estudo quantitativo apresenta dados referentes ao encontro do usuário com os profissionais, sua aceitabilidade e sua participação nas atividades de avaliação sobre as práticas. Assim, **que a maioria dos usuários** conhecem todos os profissionais.

Os profissionais mais conhecidos pelos participantes do estudo foram respectivamente: os ACS, os Auxiliares de enfermagem, o Enfermeiro, o Dentista e o Médico.

Sobre a participação do entrevistado quanto a emitir opinião sobre as atividades desenvolvidas e avaliar na ESF existe um desacordo entre o pensar e o agir, pois a maioria concorda em avaliar as atividades desenvolvidas na ESF, entretanto, apenas a minoria refere ter opinado sobre estas, isto pode acontecer devido à histórica exclusão das pessoas das arenas de decisão.

Com relação à orientação de saúde para seguir em casa, o tempo dedicado, à satisfação quanto à informação recebida sobre a sua doença, à informação sobre o tratamento da sua doença, a espera pela consulta.

Com relação à avaliação do trato recebido pelos profissionais todos os profissionais receberam notas acima da média.

Os profissionais que receberam as melhores avaliações foram o dentista, seguido do ACS, e do médico.

Para maior compreensão dos resultados da análise do estudo quantitativo e do estudo qualitativo foi montado o fluxograma analisador na perspectiva do usuário que

mostrou a organização da USF, apontando as potencialidades e interferências na aceitabilidade do usuário. A elaboração e análise do fluxograma foi o ponto fundamental e de partida para realizar a avaliação qualitativa da aceitabilidade do usuário, por que possibilitou o encontro com os ruídos, os nós-críticos e os eventos propulsores de aceitabilidade.

Na avaliação de **Estrutura do Estudo Qualitativo** foi observada uma casa adaptada para uma USF, esta apresentava alguns problemas na qualidade da estrutura física, como por exemplo, as condições da estrutura física, espaço limitado na sala de espera e na recepção, não havia sala para reuniões da equipe, ou para reuniões dos ACS, ou até mesmo para a realização de atividades em grupo e educação em saúde, além disso, não oferecia conforto nem aos profissionais e nem aos usuários.

Os profissionais percebem os fatores que interferem na ambiência em relação à inadequação da estrutura física da unidade, seu tamanho, ao seu acolhimento, privacidade, e ao estado de preservação, e ainda, reconhecem que a inadequação pode interferir na qualidade do atendimento. Também se observa que para um dos profissionais apesar de reconhecer as limitações acredita que ela está organizada para comportar as demandas.

A USF estudada se localiza na área urbana do município de Vera Cruz-BA, localizado na Ilha de Itaparica. A área estudada é composta por três bairros identificados como 1, 2, 3.

A USF abrange uma população de 3.055 pessoas, com 1501 pessoas do sexo masculino e 1.554 pessoas do sexo feminino, sendo que apresenta uma população de 12 crianças menores de um ano; 192 crianças de 0 a 4 anos de idade; 345 crianças de 5 a 9 anos; 366 adolescentes de 10 a 14 anos; 287 jovens de 15 a 19 anos; 1.016 pessoas de 20 a 39 anos; 330 pessoas de 40 a 49 anos; 209 pessoas de 50 a 59 pessoas e 298 pessoas maiores de 60 anos.

A USF possui 859 famílias cadastradas divididas em 4 microáreas. A microárea I possui 15,7% das famílias cadastradas da área de abrangência da USF; a microárea II possui 35,8%; a microárea III possui 32,3% e a microárea IV possui 16,2%.

A microárea I tem 134 famílias, todas as casas são de tijolo/adobe, 134 casas têm energia elétrica, 131 tem abastecimento de água pela rede pública, 132 tem coleta pública de lixo, e 133 tem fossa. Esta microárea está localizada no bairro 2.

A microárea II tem 308 famílias cadastradas, 267 são de tijolo/adobe, 306 casas têm energia elétrica, 288 tem abastecimento de água pela rede pública, 178 tem coleta pública de lixo, e 245 tem fossa. Esta microárea está localizada nos bairros 1 e 3. Ela apresenta um número muito superior de famílias e pessoas por ACS em relação às outras microáreas.

A microárea III tem 139 famílias cadastradas, 137 são de tijolo/adobe, 139 casas têm energia elétrica, 138 tem abastecimento de água pela rede pública, 139 tem coleta pública de lixo, e 134 tem fossa. Esta microárea está localizada no bairro 2.

A microárea IV tem 278 famílias cadastradas, 277 são de tijolo/adobe, 278 casas têm energia elétrica, 270 tem abastecimento de água pela rede pública, 268 tem coleta pública de lixo, e 245 tem fossa. Esta microárea está localizada também no bairro 2.

Duas das quatro microáreas têm o número de famílias superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde que seria de até 150 famílias por ACS e as outras duas estão dentro do preconizado, entretanto, estão próximo das 150 famílias o que sugere que além de uma reorganização das famílias pelos 4 ACS, a urgência da contratação de no mínimo outros dois ACS.

O problema de insuficiência de ACS fica mais visível na microárea II, que abrange os bairros 1 e 3, de maior vulnerabilidade e com mais necessidades de infra-estrutura e qualidade de vida, já que apresenta sérios problemas de alagamentos em épocas de chuva, pouca iluminação das ruas, pouco comércio e telefones públicos e dificuldade de acesso. No que se refere à distância da USF, o bairro 2 tem uma melhor infra-estrutura e possui uma qualidade maior de equipamentos sociais.

No “check list” para verificar características das instalações 15 estão adequadas às necessidades dos profissionais, usuários e visitantes e 6 estão inadequadas, considerando a questão de um espaço acolhedor, confortável e ambiência para a aceitabilidade das pessoas com relação ao serviço.

A USF não pareceu dominada pela demanda espontânea, e isso foi uma característica positiva observada, sendo que, além disso, as urgências que chegaram foram atendidas, sem comprometer a organização do serviço, como atrasos ou insatisfações relativas ao tempo de espera ou prioridade de atendimento.

Na avaliação de **Processo do Estudo Qualitativo** foi realizado a descrição das observações, as condições de trabalho, as atividades realizadas, as relações entre profissionais/usuários, a referência e a desativação das equipes de saúde bucal.

A habilitação do município na Gestão Plena trouxe muitos avanços no que se refere ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, entretanto, por meio das falas dos profissionais o município enfrenta limitações para garantir este acesso de forma universal. Os avanços são percebidos na medida em que ocorre a organização do acesso dos usuários a algumas especialidades da média complexidade na Ilha, entretanto, existe limitações por que além de ser oferecido um número limitado de especialistas, o encaminhamento para fora do

município, como depende de uma regulação estadual, a depender do caso, pode tornar-se mais demorado, interferindo no acompanhamento e controle de certos problemas de saúde pela ESF.

Segundo identificado na fala de alguns profissionais a educação em saúde é desenvolvida pelo modo tradicional de causa-efeito e está baseada na informação à população sobre os diferentes tipos de prevenção, trabalhando na prevenção de doenças por vacinação, no aparecimento de cáries dentárias e no caso dos idosos, a realização de atividades direcionadas para o controle de doenças crônicas.

Na avaliação do **Resultado do Estudo Qualitativo** foi observado que o caminho da aceitabilidade do usuário/família pode ser construído com a ajuda dos profissionais de saúde e dos gestores, porque o processo de trabalho dos primeiros, no que se refere à lógica assistencial e relacional, ajuda a construir a aceitabilidade do usuário com o trato recebido. A qualidade do cuidado prestado poderá influenciar na decisão do usuário de seguir as orientações, o tratamento e de retornar para USF sempre que necessário.

Foi realizado outro *check list* relativo à observação do processo onde é possível perceber que o acesso é facilitado pelos profissionais, por serem flexíveis na organização das fichas para o atendimento. Muitos profissionais da equipe são acolhedores, trabalham sob a lógica das ações programáticas, oferecendo atenção à saúde em todos seus ciclos vitais. Os usuários tiveram sua queixa principal valorizada, entretanto, não foi observado durante o período da coleta dos dados atividades em grupo ou realização de atividades voltadas para a educação em saúde.

Os gestores também podem contribuir para a aceitabilidade do usuário/família por meio das suas decisões sobre as prioridades das políticas de saúde local, no que se refere à organização dos serviços complementares como, por exemplo: a facilitação das referências e contra-referências para a rede de saúde; a garantia da oferta de exames (laboratoriais e outros); e a motivação para a participação social. Essas ações e decisões podem despertar um “feed back” do usuário/família, para a construção efetiva de um novo e fortalecido modelo assistencial voltado para a promoção da saúde e fortalecimento do SUS.

Na USF estudada não foi observado nós críticos, ou até mesmo ruídos sobre o tempo de espera para a consulta, pelo contrário, o tempo de espera para o atendimento foi considerado pelo grupo um evento propulsor de aceitabilidade, uma vez que os usuários iam chegando e logo eram atendidos, esta característica da organização do serviço é um ponto favorável para aceitabilidade dos usuários. Esse dado também foi confirmado pela análise

quantitativa, pois os percentuais de usuários com o tempo de espera revelaram mais satisfação do que insatisfação.

Outra caracterização da precarização do trabalho se refere as regulares condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores, pois foi observado que em alguns momentos acontece a falta de material para curativo e medicação, principalmente de medicação antihipertensiva, o que se transforma num problema para a equipe e também para os pacientes. Problema para os profissionais, pois receberem todas as queixas dos usuários sobre a falta de medicação e de materiais e para os usuários por que ficam sem a medicação, tratamento e o controle da doença é interrompido, favorecendo com isso um descontrole na manutenção da saúde.

Os profissionais de saúde da USF selecionada também convivem com outros entraves para a efetividade da assistência, um deles seria a dificuldade de acesso à realização de exames laboratoriais que não são realizados na unidade, estando todos centralizados no Hospital do município.

As oito equipes de saúde bucal foram desativadas pela gestão sob o argumento do gasto com a folha de pagamento da SMS, sendo que o CMS foi apenas informado da decisão.

Esta situação de desativação das equipes de saúde bucal vivenciada pelo município em novembro de 2007, pode sugerir a existência de problemas no planejamento das ações de saúde, no que se refere a condução dos programas instituídos, uma vez que foram implantadas dez USF e oito equipes de saúde bucal no período de um ano, tendo como meta a implantação de mais três USF o que totalizaria treze USF até 2009 no Plano Municipal de Saúde.

Outra perspectiva importante foi apontada por um profissional chamando a atenção de que a gestão tem participação direta ou indireta na aceitabilidade dos usuários com as atividades desenvolvidas pela equipe e que a aceitabilidade do usuário/família tanto pode ser potencializada como poderá ser anulada.

A equipe da USF já percebe uma maior aceitabilidade da comunidade com a ESF, isso é muito positivo para o início da construção do alicerce que possivelmente irá sustentar o sucesso da ESF no nível local, considerando que também é preciso que o usuário aceite, e assim, possa sentir-se motivado a participar ativamente das decisões de saúde, tanto no nível micro, com o apoio dos CLS, quanto no nível macro com o apoio do CMS.

Entretanto, pelo que foi entendido, não houve reuniões com os usuários de cada bairro para a implantação, pois não haviam sido organizados os CLS que mais tarde

foram sendo instituídos, sendo um dos resultados positivos da ativação do CMS e da implantação da ESF para a construção da participação social nas práticas de saúde no nível local.

Muitas pessoas estão acostumadas com o modelo tradicional, por que vivenciaram este modelo de atenção há décadas, por isso, ainda podem ter algumas dificuldades para entender e aceitar a ESF no sentido de perceber a ESF como uma proposta para a qualificação da atenção à saúde dos usuários, famílias, bem como da própria comunidade.

Os profissionais percebem que a aceitabilidade dos usuários com a ESF é positiva e isso se confirma nos dados encontrados anteriormente no estudo quantitativo relativos aos dados dos usuários. Entretanto, os profissionais também reconhecem que alguns usuários não aceitam ou não estão satisfeitos com a ESF, justamente por estarem acostumados com o modelo tradicional centrado na clínica.

Em Vera Cruz-BA com a implantação das USF em dez áreas do município foi possível também à criação de dez Conselhos Locais de Saúde, entretanto, na USF estudada foi observado que o Conselho não parece atuar, juntamente, com a equipe da ESF para a resolução das necessidades que surgem no cotidiano da produção em saúde no local. Alguns membros da equipe participem como membro do conselho o CLS não se mobilizou para negociar a não desativação da equipe de saúde bucal. A equipe, os usuários e conselho mantiveram-se passivos, embora descontes com a decisão do gestor.

Observa-se com os achados deste estudo que a participação social do usuário/família pode influir na aceitabilidade, assim como o contrário também é verdadeiro. Por isso, é preciso que cada vez mais os CLS se aproximem da comunidade e estes também se aproximem dos CLS, construindo um movimento no sentido de fortalecer a ESF.

Existe uma contradição entre os profissionais da equipe, no que se refere à participação ou não da comunidade, por que enquanto alguns dizem que a comunidade não é convidada para a reunião, e que mobilizam a comunidade para participar, outros dizem que é convidada, mas que poucos comparecem.

A contradição apresentada na fala dos profissionais pode ser um sinal de que alguns profissionais concordam e estimulam a participação dos usuários, enquanto que os outros profissionais parecem ser indiferentes sobre a participação ou não dos usuários nas decisões de saúde da ESF.

A contribuição da saúde para a cidadania é um grande passo no caminho da construção de práticas de saúde equânimes, integrais que tenham como mola propulsora a

participação social, que as pessoas tenham liberdade de se expressar sobre as suas necessidades, que sejam escutadas pelos profissionais e gestores e que por meio desta relação entre iguais seja possível a qualificação e o fortalecimento da APS/ESF para a transformação do modelo assistencial em um modelo que cultive e promova saúde, sendo, sobretudo, aceito e legitimado pelos usuário/famílias e comunidades.

No estudo realizado foi identificado que os usuários, na sua maioria aceitam a ESF, mesmo com todos os ruídos e nós críticos e ruídos percebidos. Entretanto, é necessário que os eventos propulsores de aceitabilidade tiveram grande contribuição para a efetivação da ESF enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial e qualificação da APS.

É preciso com isso fortalecer ainda mais os laços de aproximação entre os gestores, usuários, profissionais e conselhos de saúde, pois a efetivação da ESF depende do comprometimento de todos estes atores envolvidos, considerando que todos estes fazem parte de um todo que se chama produzir saúde.

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS*

ACIOLE, G. G. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 23, p. 409-426, set/dez. 2007

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação e Programas Sociais**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

AGUILERA, C. E.; BAHIA, L. **A história das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ, s. d. /mimeo/.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.2, p. 315-319. abr/jun. 2007

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., BEZERRA, R. B. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S., et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 783 a 836.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n.3, p.368-374. 2007.

ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105 a 133.

BAHIA. Secretaria de Saúde do estado da Bahia. Plano diretor de regionalização. **Regiões de assistência em saúde**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/> Acesso em 20 jun 2008.

BARBOSA, Z. **Informações sobre o município de Vera Cruz**: breve memorial descritivo. Disponível em: <<http://www.veracruz.ba.gov.br/municipio/indexMunicipio.html>> Acesso em 07 jul. de 2007.

BERNARDES, A; CECILIO, L. C. O., NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.861-870. jul/ago. 2007.

* De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed, São Paulo. Editora Ática, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da república federativa do brasil de 1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#art6> Acesso em: 7 jul 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde** – carta de Ottawa, declaração de Adelaide, de Sundsvall, de Bogotá. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Programa Saúde da Família: a implantação da unidade de saúde da família (caderno 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custos e forma de financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Saúde**. 2002d. Disponível em: <<http://www.gov.saude.com.br/noticias/agencia/marco2002.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão**: manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa saúde da família, ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.3, n.1, p.113-125. jan./mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica**. Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil, Recife, v.4, n. 4, p. 449-459, out. / dez. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia da saúde da família** – caderno de auto-avaliação n. 1: gestão municipal da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a (serie B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1056/GM, de 4 de julho de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agentes comunitários de saúde, equipe de saúde da família, equipes de saúde bucal em atuação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resumo. Projeto de Pesquisa. **Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS**. Brasília: Ministério, 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf. Acesso em: 18 jun 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006d. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão. Estratégia Participativa. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil**. Conselho Municipal de Saúde de Vera Cruz/BA. 2008. Disponível em: <www.extranet.ead.fiocruz.br/perfil_conselho_view/categorizacao/caderno.php> Acesso em 16 jul 2008.

BUENO, F. S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. São Paulo: Editora Lisa, 1989.

BUENO, W. S. Betim: construindo um gestor único. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p.169-195.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4ed. São Paulo: Makron Books, 1996, 90p.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasília de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n.4, p. 52-59, ago. 2001.

CIANCIRULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIRULLO, T. I.; et al. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 15-37.

COIMBRA, V. C. C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2007. 299 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

COLUNGA RODRIGUEZ, C. et al, Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara . *Revista Cubana Salud Pública*, v. 33, n.3, jul./sep. 2007,

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANZO, C. A.; VERTINSKY, I. Measuring the quality of health care: a decision oriented typology. **Med. Care**, v. 13, n. 5, p. 417-431, 1975.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p.323-331, abr./jun. 2005.

CRUZ, A. C.; THEODORO, V. **Diagnóstico da Política de Atenção básica em Vera Cruz**. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2006a /mimeo/

CRUZ, A. C.; THEODORO, V. **Texto descritivo e analítico acerca do processo de construção do Plano Municipal de Saúde**. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2006b /mimeo/

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan/mar, 1997.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 157 a 184.

DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica**. The Milbank Memorial Fund. Quarterh 44, 1966. p.383-404

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evolución. México: La prensa Médica Mexicana, S. A, 1984.

DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. **QRB**. 18:356-360,1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology and laboratory medicine**, v. 114, p. 1115 – 1118, 1990

ELIAS, P. E. et al. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):633-641, 2006.

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud**: una antología. Washington: OPS, 1996. p. 25-36.

ESCOBAR, E. M. A. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: CIANCIARULLO; T. I.; et al (Org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 93-101.

ESPERIDÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 10 (sup): 303-312, 2005.

ESPERIDÃO, M.; TRAD, LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

FACHINI, L. A; et al. **Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**: Relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.

FEIX, R. **Atenção Primária à Saúde**: conceituação e evolução histórica. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, s.d. /mimeo/.

FERRI, S. M. N. et al As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n.23, p. 515-29, set./dez. 2007.

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família**. *Texto & Contexto*, Florianópolis, v. 16, n.4, p.617-625, out/dez. 2007.

GOMES, L. O.; AGUIAR, M. G. G. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.5, p. 614-619.set./out. 2006.

GUBA, E. G., LINCOLN, Y. S: **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Estados@ - Bahia**. 2008 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba#>> Acesso em: 7 jul. 2008

JARDIM, V. M. R. Avaliação da política de atenção à saúde mental nos CAPS da região sul do Brasil. Tese de Doutorado. 2007. Universidade Federal de Santa Catarina. 2007. 273p.

KANTORSKI L. P. et al. Estudo de caso: abordagem qualitativa. In: FACHINI, L. A. et al. **Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF):** Relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006. p.193-313.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-41, Jul/Set. 2006

LACERDA, W. A.; SANTIAGO, I. M. F. L. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, 2007. Revista Katálisis, Florianópolis, v. 10, n.2, p. 197-205 jul/dez.2007.

LEUCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6 ,n.2, p. 269-291, 2001.

LOPES, D. M. F. A Bahia, no nordeste e no Brasil: aspectos sociodemográficos 1980-2000. In: SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Dinâmica sociodemográfica da Bahia: 1980-2002.** Salvador: SEI, 2003. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/publicacoes/publicacoes_sei/bahia_analise/publi_ba_sep.ph> Acesso em: 07 de jul de 2008.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** Saúde & Cidadania, São Paulo: [s.n.]. v. 3, 1998.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAUJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Distritos sanitários: conceitos chaves. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário: o processo de mudança da prática sanitária do sistema único de saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.159-185.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p.71 – 112.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnossistêmico da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 80-83, 1991.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho

em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MERIGHI, M. A. B.; HAMANO, L.; CAVALCANTE, L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma Escola de enfermagem de uma instituição pública. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.3, p. 289-296, set. 2002

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p.898 maio/jun. 2005.

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

NUNES, M.O, et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3,p. 581-589, 2002.

OLIVEIRA, M. M. **A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto, 2003. 139p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C.; COIMBRA, V. C. C. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n.3, maio/jun. 2007

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_alma_ata.pdf > Acesso em 07 de julho de 2008

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. In: **CONSEJO DIRECTIVO**, 44. Washington, D. C, 2003.

OTERO, P. A.; SATURNO, H. J. P.; MARQUET, P. R. Mejora de la calidad en atención primaria. In: MARTIN, Z. A.; CANO, P. J. **Atención primaria: conceptos, organización y práctica**. Madris: Harcourt, 1999. p. 399 – 420./

PEDUZZI, S. A. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.

PEREIRA, L. O povoado de Vera Cruz. **Jornal Tribuna da Ilha**, Vera Cruz/BA, julho de 2007. Caderno 2. p.5-7.

PITTA, A. Tecendo uma rede de cuidados em saúde mental. In: Venâncio, A. T.; Cavalcanti, M. T. (Org.). **Saúde mental**: Campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. p. 277- 282.

PORTO, H. M. V., WALDMANN, B. A saúde dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família. In: LOPES, M. J. M., PAIXÃO, D. X. (org). **Saúde da Família: Histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.p.201-09.

REIS, M.A. S., et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.

RIOS, T. A. Avaliar: ver mais claro para caminhar mais longe. In: RICO, E. M. (org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101. dez. 2000.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.23-34, 2008

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.151-164, 2001

SANTANA, E. M. **Avaliação econômica do Programa Saúde da Família (PSF) em municípios do Estado da Bahia**: um estudo de custos. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC, 2003.

SANTINI, L. A; GOULART, F. A. A.; REIS, H. C. (org) **A saúde no município**: organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

SECLLEN-PALACIM, J.A. **Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio**. In: Fernandes, A.S., Secllen-Palacim, J.A., organizadores. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília (DF): Organização Panamericana de Saúde, 2004. p.15-29.

SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Bahia em números**. Salvador: SEI, 2006. v. 7. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/publicacoes/publicacoes_sei/bahia_dados/publi_bd_bahia_numeros.php> Acesso em: 07 jul. 2008.

SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Censo 2000** -resultados do universo na Bahia. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/bahia_sintese/censo_2000/censo2000_resultuni_text.php> Acesso em 15 jun 2008

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Vera Cruz. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2007 do modelo geral**. Vera Cruz: Secretaria de Saúde, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77- 89.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M.; SILVA, L. M. V. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. p 15 a 41.

SOUZA, H. M. Entrevista com a diretora do departamento de atenção básica-SPS/MS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, Número Especial, p 7-16. dez. 2000

SOUZA, R. L. S. P. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003. **Bahia análise & Dados**, Salvador, v.16, n. 2, p. 231-242, set. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Primary care – concept, evaluation and policy**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. Oxford University Press, 1992.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TITO, L.. Bahia tem maior equipe PSF do Nordeste. **Jornal A tarde Online**, Salvador/BA, 12 fev. 2008. Caderno Cidade. Disponível em: <<http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=837895>>. Acesso em: 19 abr. 2008

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr/jun. 1998.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p. 75-986, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987

TURRINI, R. N. T. **Percepção das usuárias sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudeste da grande São Paulo**. Tese [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo 2002

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002

UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Faculdade de Enfermagem. Departamento de Enfermagem. PROESF. **Crítérios para avaliação de experiências bem sucedidas em saúde da família**: apresentação 4 oficina 2 – sul. 2005. Disponível em: <<http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm>> Acesso em: 10 jul. 2005.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista Saúde Pública**, v.21, n.5, p.439-446, out. 1987.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.6, dez. 1990.

UNISOL. Universidade Solidária **O Programa**. 2003. Disponível em: <<http://www.universidadesolidaria.org.br/01programa/Default.asp>> Acesso em: 9 mar. 2003

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 599-613, 2005.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.777-788, maio/jun. 2007

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S., et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 531 a 562.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: una aproximación cualitativa. **Revista Española de Salud Publica**, v.76, n.5, p.585-594, out. 2002

VERA CRUZ. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão anual. Vera Cruz: SMS, 2005a

VERA CRUZ. Secretária Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Vera Cruz: SMS, 2005b

VERA CRUZ. Prefeitura Municipal de Vera Cruz. Aspectos socioeconômicos. 2006 Disponível em: <<http://www.veracruz.ba.gov.br/município/economia.html>> Acesso em 16 de jul. 2008

VERAS, F. M. F. Atenção primária em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org). **Epidemiologia & saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p. 439-447.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n. 3, p.711-724, 2004.

VILASBOAS, A L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n.6, p.1239-1250. jun. 2008

WEIRICH, C.F.; TAVARES, J.B.; SILVA, K.S.; - **O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S., et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p 635 a 668.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: editora gente, 2004. 730 p.

ZAICANER, R. **Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde**. 2001. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

APENDICE**APENDICE A - Carta de autorização**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA**

Ilmo(a) Sr(a) Secretário Municipal de Saúde
Ilmo(a) Sr(a) Coordenador(a) Municipal

Na qualidade de Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE-UFBA) e aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Doutorado, em seu município mais especificamente, em uma das suas Unidades de Saúde da Família com maior tempo de implantação, localizada na área urbana. O presente projeto está intitulado como: “Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a implantação local da Estratégia Saúde da Família. Em anexo a este documento encontra-se uma cópia do projeto, onde constam os dados necessários para sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo avaliar a aceitabilidade do usuário/família sobre a implantação local da Estratégia Saúde da Família”. A orientadora do trabalho é a Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto. Serão garantidos os sigilos, o anonimato, o respeito a todos os sujeitos envolvidos e à instituição em estudo.

Por ter vínculo empregatício no Estado da Bahia, mais especificamente no município de Salvador-BA, por acreditar na municipalização da saúde como forma de facilidade do acesso, e por acreditar nas vantagens da ESF para a população brasileira e baiana, foi escolhido um município próximo a Salvador-Ba, com 100% de cobertura, acreditando que corresponderá às motivações, expectativas sobre o estudo da aceitabilidade da ESF, pensando, justamente, na contribuição dos resultados para o fortalecimento da ESF tanto a nível acadêmico, quanto local, no que se refere promover articulação/integração com o Gestor, profissionais e comunidade para tomada de decisões

Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Prof^a Msc Michele Mandagará de Oliveira

Doutoranda do Departamento de Enfermagem Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Tel para contato: (016) 36023429. End. Avenida Bandeirantes S/N
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Campus USP).
Email: mioliveira76@yahoo.com.br

Prof^a. Dra. Ione Carvalho Pinto

Professorado Departamento de Enfermagem Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Tel para contato: (016) 36023429

**APENDICE B - Entrevista com profissionais da equipe da Unidade de Saúde da Família
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM SAÚDE PÚBLICA E MATERNO INFANTIL**

Identificação

Tempo de formação:

Tempo de trabalho na ESF:

Tempo de trabalho nesta ESF:

Forma de contrato (CLT; Cooperativa; Contrato; Concurso):

Possui capacitação em Saúde da Família () sim () não

Possui Curso de Pós-Graduação? () sim () não Qual?:

Entrevista

1. Você está satisfeito em trabalhar na ESF?
2. Fale sobre Estrutura Física da Unidade (aquisição de medicamentos, materiais, medicamentos e recursos humanos – rotatividade de ACS)?
3. Na sua percepção qual aceitabilidade do usuário no atendimento prestado pela equipe (orientações, tratamento medicamentoso, exames, atividade de educação em saúde)?
4. Fale sobre a participação do usuário no processo de avaliação das ações/atividades de saúde desenvolvidas na unidade.
5. Na sua percepção qual aceitabilidade do usuário aos encaminhamentos realizados pela equipe (serviços hospitalares e especialidades médicas)?
6. Na sua percepção quais as estratégias utilizadas pela equipe para facilitar o acesso do usuário/família a USF?
7. Na sua percepção quais ações/atividades desenvolvidas para equipe contribuem para aceitabilidade da ESF para usuário e sua família?

APENDICE C - Secretário Municipal de saúde

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome fictício:

Cargo que ocupa:

Idade:

Escolaridade:

Quanto tempo esta no cargo:

Data de implantação da SF no município:

1. Qual a prioridade da ESF para a Secretaria Municipal de Saúde?
2. O município estabelece ou utiliza mecanismos para monitoramento da satisfação dos usuários na saúde da família?
3. O município mantém estratégias sensibilização e divulgação da SF junto a população?
4. O município apóia e legitima a participação popular e o controle social na Saúde da Família?
5. As equipes de saúde bucal foram implantadas junto com a ESF? Qual foi o motivo de suspensão das Equipes de saúde bucal junto a comunidade? E qual o planejamento da SMS para oferecer acesso a saúde bucal para os usuários da ESF?
6. O município desenvolve estratégias para assegurar a população adscrita das equipes da saúde da família referência para especialidades médicas e internações hospitalares?

APENDICE D – Entrevista Coordenador da Unidade de Saúde da Família

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome fictício:

Cargo que ocupa:

Idade:

Escolaridade:

Quanto tempo está no cargo:

Data de implantação da USF

1. A coordenação SF participa ou participou da formação de conselhos locais de saúde nas USF? A coordenação participa das reuniões do Conselho Local de Saúde, com qual frequência?
2. A coordenação participa das reuniões de equipe, ou seja de qual forma tem acesso as informações relativas a programação das atividades, bem como seus resultados e satisfação dos profissionais e usuários com as atividades.
3. De que forma a Coordenação Municipal da ESF promove “Pontos de escuta das queixas da população, sugestões e elogios.

APENDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido usuário/família

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA**

O Sr (a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa que pretende avaliar a satisfação das pessoas que utilizam a Unidade de Saúde da Família da Gameleira em Vera Cruz- BA. Temos o interesse de saber a sua opinião a respeito da qualidade do serviço que você recebe e também como você o utiliza. Estas informações serão importantes para melhorar a assistência de saúde neste local.

Para isto será necessário marcarmos um dia e um horário para uma conversa (questionário), que será realizado, se o (a) Sr (a) concordar em participar.

O questionário levará mais ou menos 15 a 20 minutos e será realizada por pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Sua participação é voluntária e poderá a qualquer momento pedir esclarecimento sobre a pesquisa. Você terá a liberdade de recusar a participar desta pesquisa, bem como de retirar seu consentimento em qualquer momento, e poderá continuar sendo atendido (a) no serviço sem nenhum problema. O seu nome não será revelado, em nenhum momento.

Não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como não causará nenhum tipo de risco e dano físico.

Eu, _____, RG _____, aceito participar da pesquisa “**Avaliação da aceitabilidade do usuário/família da Estratégia Saúde da Família**”, emitindo minha opinião quando solicitada.

Participante da pesquisa

Michele Mandagará de Oliveira
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Tel para contato: 36023429 e 32637620

End: Av. Bandeirantes, 3.900

Email: mandagara@hotmail.com

Obrigado pela atenção.

**APENDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Profissionais,
Coordenador da ESF e Secretário Municipal de Saúde**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA**

Prezado (a) Dr (a): _____

Venho, respeitosamente, por meio deste, solicitar sua participação na pesquisa “Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a implantação local da Estratégia Saúde da Família”.

Trata-se de uma pesquisa articulada com o Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado, realizado por mim Michele Oliveira, Enfermeira e Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), COREN SP0102173, sob orientação da Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem por objetivo “**Avaliação da aceitabilidade do usuário/família da Estratégia Saúde da Família**”.

Para isto será necessário que o(a) sr(a) responda uma entrevista que onde será utilizado um gravador.

O tempo utilizado para a realização desta entrevista, que terá um tempo previsto de 20 a 30 minutos. Será realizado por pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Sua participação é voluntária e poderá a qualquer momento pedir esclarecimento sobre a pesquisa. Você terá a liberdade de recusar a participar desta pesquisa, bem como de retirar seu consentimento em qualquer momento, e poderá continuar sendo atendido (a) no serviço sem nenhum problema. O seu nome não será revelado, em nenhum momento.

Não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como não causará nenhum tipo de risco e dano físico.

Eu, _____, RG _____, aceito participar da pesquisa “**Avaliação da aceitabilidade do usuário/família da Estratégia Saúde da Família**”, emitindo minha opinião quando solicitada, permitindo o uso do gravador.

Participante da pesquisa

Michele Mandagará de Oliveira
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia UFBA
Aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Tel para contato: (16) 36023429 e (71)32637620

End: Av. Bandeirantes, 3.900

Email: mandagara@hotmail.com

Obrigado pela atenção.

APÊNDICE G - Formulário - Aceitabilidade

Este questionário é anônimo e confidencial.

1) Idade: _____ anos	Idad
2) Sexo: (01) Mulher (02) Homem	Sexo
3) Estudos: (01) Sem estudos (02) Ensino fundamental incompleto (03) Ensino Fundamental completo (04) Ensino médio incompleto (05) Ensino médio (06) Nível Superior incompleto (07) Nível Superior completo	Estud
4) Cidade de nascimento: (0) Vera Cruz (1) Itaparica (2) Salvador (3) Outros	Cid_nasc
5) Qual seu atual estado civil? (01) solteiro (02) casado ou vive com companheiro (03) separado/divorciado (04) viúvo (05) outro, qual? _____	Est_civil
6) Qual a renda familiar no último mês? _____	Rend_Fam
7) Qual sua principal fonte de renda? (01) emprego (05) auxílio-doença (02) seguro-desemprego (06) pensionista (03) renda do cônjuge/ companheiro (07) Bolsa Família (04) aposentadoria (08) outro, qual? _____ (09) nenhuma	Princ_Rend
8) Qual o número de membros/ pessoas na família? _____	N_pfam
9) Há quanto tempo o(a) Sr. (a) frequenta o PSF? (1) 6 meses ou menos (3) de 1 a 2 anos (2) de 7 a 12 meses (4) mais que 2 anos	Temp_PSF
10) Você participa de qual Programa de Saúde no PSF? Se Sim, qual? (01) Hipertensão arterial (04) Pré-natal (02) Diabetes (05) Planejamento Familiar (03) Hipertensão arterial e Diabetes (06) Outro: _____ (07) Não participa	ProgPSF
11) Além do PSF onde o(a) Sr. (a) procura atendimento? Especificar: (0) Hospital de Mar Grande (02) Salvador (01) Hospital de Itaparica (03) Outros (04) HGM/HGI (05) Não Procura	Outro_recurso

12) O caminho até o PSF é: (01) Muito Ruim (02) Ruim (03) Mais ou Menos (04) Bom (05) Muito Bom	Caminh_PSF
13) Quanto tempo o(a) Sr. (a) gasta para vir de sua casa até o PSF? (01) 0-15 min (02) 16-30 min (03) 31-45 min (04) 46-60 min (05) mais que 60 min	Temp_casa.PSF
14) O (a) Sr. (a) já deu sua opinião (sugestão ou crítica) relacionada as atividades desenvolvidas no PSF? (0) Não (1) Sim	Op_crit_sug
15) O que o(a) Sr. (a) acha de participar do processo de avaliação (sugestão ou crítica) das atividades do PSF? (01) Em total desacordo (02) Em desacordo (03) Indiferente (04) De acordo (05) Totalmente de acordo	Ach_part
16. O(a) Sr. (a) conhece o médico que atende você e sua família no PSF? (0) Não (1) Sim	Conh_med
17) O(a) Sr. (a) conhece o enfermeiro que atende você e sua família no PSF? (0) Não (1) Sim	Conh_enf
18) O(a) Sr. (a) conhece o dentista que atende você e sua família no PSF? (0) Não (1) Sim	Conh_dent
19) O(a) Sr. (a) conhece o auxiliar de enfermagem que atende você e sua família no PSF? (0) Não (1) Sim	Conh_auxenf
20) O(a) Sr. (a) conhece o seu Agente Comunitário de Saúde? (0) Não (1) Sim	Conh_ACS
21) O(a) Sr. (a) está SATISFEITO com a INFORMAÇÃO recebida sobre sua doença? (01) Sim (02) Não (03) Mais ou Menos	Satis_infdoenç
22) O(a) Sr. (a) está SATISFEITO com a INFORMAÇÃO recebida sobre seu tratamento medicamentoso? (01) Sim (02) Não (03) Mais ou Menos	Satis_tratmed
23) O(a) Sr. (a) está SATISFEITO com a INFORMAÇÃO recebida sobre as orientações a seguir em casa? (01) Sim (02) Não (03) Mais ou Menos	Satis_orientcasa
24) O(a) Sr. (a) já realizou algum exame solicitado pelo médico/enfermeiro do PSF? (01) Sim (02) Não	Realiz.examUSF

25) De uma nota para o trato recebido do seu médico PSF?	Nota_med
26) De uma nota para o trato recebido do seu enfermeiro PSF?	Nota_enf
27) De uma nota para o trato recebido do seu dentista PSF?	Nota_dent
28) De uma nota para o trato recebido do seu auxiliar/técnico de enfermagem PSF?	Nota_auxenf
29) De uma nota para o trato recebido do seu ACS?	Nota_ACS
30) De uma nota para o trato recebido do recepcionista PSF?	Nota_recep
31) O(a) Sr. (a) Está SATISFEITO com a forma de obter a ficha para consulta? (01) Sim (02) Não (03) Mais ou Menos	Satis_fich
32) O(a) Sr. (a) Está SATISFEITO com o tempo que esteve na sala de espera antes de entrar para consulta? (01) Sim (02) Não (03) Mais ou Menos	Satis_tesper
33) O(a) Sr. (a) Está SATISFEITO com o tempo dedicado à consulta? (01) Sim (02) Não (03) Mais ou Menos	Satis_tcons
34) O(a) Sr. (a) participa de palestras de saúde realizadas pelo PSF? (01) Sim (02) Não, por que? _____	Partic_palest
35) O(a) Sr. (a) já foi encaminhado(a) pelo PSF a médicos especialistas? (01) Sim (02) Não	Enc.esp
36) O(a) Sr. (a) já foi encaminhado(a) pelo PSF ao atendimento hospitalar? (01) Sim (02) Não	Enc.hosp
37) A estrutura física de sua Unidade de Saúde da Família está adequada as suas necessidades de saúde?	Nota_estrufisica

APENDICE H - Roteiro de Observação

Nome da Unidade de Saúde da Família: _____

Início de Funcionamento: _____

Horário de Funcionamento: _____

Área Adstrita (n°): _____

Bairros de Abrangência: _____

Situação Socioeconômica da população adstrita e história dos bairros: (Anexar o Diagnóstico Situacional da Unidade Saúde da Família):

Estrutura

- ❖ Números de salas e distribuição
- ❖ Privacidade e Ruídos
- ❖ Iluminação e limpeza
- ❖ Quem são os profissionais que trabalham na Unidade Saúde da Família (equipe mínima):

Médico (n°): ____ Carga Horária: ____ Qualificação: _____

Enfermeiro (n°): ____ Carga Horária: ____ Qualificação: _____

ACS (n°): ____ Carga Horária: ____ Qualificação: _____

Cirurgião Dentista (n°): ____ Carga Horária: _____

- ❖ Como estão organizados (atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reúnem).
- ❖ Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário de funcionamento, entre outros).
- ❖ Oferta de atendimentos (Anexar o cronograma de atividades)
- ❖ Como está organizada quanto à assistência a saúde mental.

Processo

- ❖ Como o usuário foi recebido
- ❖ Quem são os usuários
- ❖ Participação dos usuários e família (cuidado integral)
- ❖ Relação com a equipe (vínculo)
- ❖ Envolvimento com o serviço
- ❖ Existe fila de espera
- ❖ Como é feita a marcação de consulta (acesso)
- ❖ Como é feito o encaminhamento a outros serviços (continuidade)

Em relação ao atendimento (na unidade)

- ❖ Como o usuário foi recebido
- ❖ Atuação da equipe em caso de urgência
- ❖ Atividade individual na unidade
- ❖ Atividades em grupo na unidade
- ❖ Identificação do problema que levou o usuário ao procurar o serviço
- ❖ Escuta
- ❖ Exame físico
- ❖ Uso de medicamento
- ❖ Uso de roteiro ou protocolos
- ❖ Uso de normas do serviço (rígida ou não)
- ❖ Conduta do profissional frente ao caso
- ❖ Como o usuário recebeu o atendimento (estimula a autonomia do usuário, poder de decisão sobre sua saúde)
- ❖ Quais as intervenções oferecidas ao usuário
- ❖ Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- ❖ Como utiliza os recursos disponíveis no serviço
- ❖ Agendamento
- ❖ Próximo atendimento

Resultado

- ❖ Número de usuários atendidos na unidade de saúde da família
- ❖ Faixa etária dos usuários atendidos: Crianças: _____ Adultos: _____ Idosos: _____
- ❖ Quantos atendimentos foram relacionados a problemas de saúde mental:
Crianças: _____ Adultos: _____ Idosos: _____
- ❖ Quantos encaminhamentos foram realizados para serviços especializados

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 011/2007

Ribeirão Preto, 25 de janeiro de 2007

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 24 de janeiro de 2007.

Protocolo: nº 0715/2006

Projeto: AVALIAÇÃO DA ACEITABILIDADE DO USUÁRIO/FAMÍLIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO LOCAL DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
Michele Mandagará de Oliveira

Em atendimento à Resolução 196/96, 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,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP