UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLARISSA CARNEIRO LEÃO BATISTA

Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte,
sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde

RIBEIRÃO PRETO

2018

CLARISSA CARNEIRO LEÃO BATISTA

Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte,
sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção de título de Mestre
em Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Gerenciamento e Gestão em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Sílvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

BATISTA, CLARISSA CARNEIRO LEÃO

Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, 2018.

108 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: SILVIA MATUMOTO

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Satisfação do Paciente. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 4. Serviços de Saúde.

BATISTA, Clarissa Carneiro Leão

Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar dedico esta dissertação a Deus, nosso pai celestial e criador, que está acima de todas as coisas no céu e na terra.

Ao meu amado, cúmplice e eterno companheiro, Juliano, pelo exemplo de vida, de força e de coragem durante todos estes anos em que compartilhamos nossas vidas.

Aos meus filhos, Manoela e Paulo, que sempre entenderam e se ‘comportaram’ nos meus momentos de ausência.

Aos meus pais, Paulo e Isabel, que sempre me ensinaram que a busca pelo saber e conhecimento é infinita, e que o propósito desta vida é se tornar um ser humano cada vez melhor.

Aos meus irmãos Marília, Livia e Guto, por sempre estarem presentes em minha vida, passando-me mensagens de autoestima e confiança.

Aos meus sogros, Manoel e Izabel, pela presença e disponibilidade em me ajudar sempre que é necessário, sem medir esforços, para que eu possa atingir os meus objetivos.

E por fim dedico esta dissertação a todas as equipes de saúde, das quais já fiz parte durante toda minha carreira profissional e a todos os meus queridos ‘pacientes’ que, de alguma forma, me deram o sentido e a vontade de aprimorar meus conhecimentos na busca e entendimento das reais necessidades de saúde dos usuários e sua aplicabilidade contínua na rotina do trabalho de equipe de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Dr.^a Sílvia Matumoto que me abriu as portas do mestrado profissional, acreditando e confiando em meu trabalho, além de o direcionar.

À Professora Dr.^a Lauren Suemi Kawata, que, inicialmente mesmo sem me conhecer, aceitou me orientar e, ainda que diante de tantos problemas e conturbações do dia a dia, teve o desprendimento e me acompanhou nesta jornada. Professora, muito obrigada por ser minha mentora; nunca me esquecerei de você!!!!

À Professora Dr.^a Maria Lúcia C.C. Robazzi, nossa querida mãezona, que sempre acolheu a todos e não mediu esforços no que fosse possível para ajudar a cada um de seus alunos.

Aos meus colegas de pós-graduação, pela paciência e companheirismo, em especial Bártira, Policardo, Jacquelina, Vanessa e Bruna que me deram força afetiva e psicológica até a reta final deste propósito.

Agradeço também à equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Passos/MG, por ser parceira neste projeto e contribuir de alguma forma para que tudo isso fosse possível.

RESUMO

BATISTA, C. C.L. **Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da atenção primária à saúde.** 108p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A satisfação dos usuários é considerada um componente importante da qualidade assistencial e, por isso, tem ocupado cada vez mais um lugar destacado nos processos de avaliação dos serviços de saúde, especialmente na atenção básica. Esta pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, teve o objetivo de analisar a satisfação dos usuários quanto à assistência recebida em serviços de atenção básica de Passos-MG, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Teve como cenário 28 unidades de saúde, sendo 19 Unidades da Estratégia de Saúde de Família e 9 Unidades Básicas de Saúde convencionais. Para coleta dos dados, foram desenvolvidos 3 grupos focais. A amostra foi constituída por 23 usuários selecionados aleatoriamente. Os critérios de inclusão foram: ter idade mínima de dezoito anos, possuir cadastro na Unidade de Saúde, utilizar os serviços de sua Unidade de Saúde de referência há mais de um ano e não apresentar deficiência cognitiva. A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados foram descritos mediante três categorias empíricas: o modelo de atenção à saúde e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde; o uso das tecnologias e a (in) satisfação dos usuários e a ambiência da Unidade de Saúde. Dispositivos como acolhimento, atenção centrada nos pacientes, uso de protocolos clínicos e mais humanização nos cuidados aumentam a satisfação. Os atributos acessibilidade, integralidade e coordenação da atenção estão predominantemente relacionados a insatisfações dos usuários. Pode-se concluir que os atributos de acesso e longitudinalidade satisfizeram os usuários da Atenção Básica. A pesquisa possibilitou um diagnóstico do município, a partir da (in)satisfação dos usuários, indicando a necessidade de se instituir como rotina das equipes de saúde a avaliação da satisfação dos usuários com a finalidade de se ter um retorno sobre as ações e serviços de saúde oferecidos para comunidade.

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Satisfação do Paciente; Serviços de Saúde

Abstract

BATISTA, C. C.L. Satisfaction of users of primary care services of a medium-sized municipality in, under the perspective of the essential attributes of primary health care. 108p. Master Dissertation - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The users' satisfaction is considered an important component of care quality and, therefore, increasingly has occupied a prominent place in the processes of evaluation of health services, especially in primary care. This descriptive research, qualitative approach, had the objective of analyzing the users' satisfaction regarding the care received in primary care services of Passos-MG, from the perspective of the essential attributes of Primary Health Care. Had as its backdrop 28 health units, 19 units of the Family Health Strategy and 9 Basic Health Units. For data collection, have been developed 3 focal groups. The sample was composed of 23 randomly selected users. The inclusion criteria were: have a minimum age of 18 years, have register at the Health Unit, use the services of your healthcare unit of reference more than a year ago and did not present cognitive deficiency. The data analysis was performed by means of content analysis of Bardin. The research was approved by the Research Ethics Committee. The results were described by three empirical categories: the health care model and the essential attributes of Primary healthcare; the use of technologies and the (in) users' satisfaction and the ambience of the Health Unit. Devices such as hospitality, attention focused on patients, the use of clinical protocols and more humanization in care increase satisfaction. The attributes of accessibility, comprehensiveness, and coordination of care are predominantly related to dissatisfaction of users. It can be concluded that the attributes of access and longitudinality satisfied users of Primary Care. The research made a diagnosis of the municipality, from the (in) user satisfaction, indicating the need to establish a routine of health teams to evaluation of user satisfaction with the purpose of having a return on the actions and health services offered to the community.

Keywords: Health Services Research, Primary Health Care, Patient Satisfaction, Health Services

Resumen

BATISTA, C. C.L. Satisfacción de los usuarios de los servicios de atención primaria de un municipio de tamaño mediano, bajo la perspectiva de los atributos esenciales de la atención primaria de salud. 108p. Tesis de Master - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

La satisfacción de los usuarios se considera un componente importante de la calidad asistencial y, por lo tanto, cada vez más ha ocupado un lugar destacado en los procesos de evaluación de servicios de salud, especialmente en atención primaria. Esta investigación de tipo descriptivo, el enfoque cualitativo, tenía el objetivo de analizar la satisfacción de los usuarios respecto de la atención recibida en los servicios de atención primaria de Passos-MG, desde la perspectiva de los atributos esenciales de la atención primaria de la Salud. Tuvo como telón de fondo, 28 unidades sanitarias, 19 unidades de la Estrategia Salud de la familia y 9 Unidades Básicas de Salud. Para la recolección de datos, se han desarrollado 3 grupos focales. La muestra estuvo constituida por 23 usuarios seleccionados al azar. Los criterios de inclusión fueron: tener una edad mínima de 18 años, inscribirse en la unidad de salud, utilizar los servicios de la unidad sanitaria de referencia hace más de un año y no presentan deficiencia cognitiva. El análisis de los datos se realiza mediante el análisis del contenido de Bardin. La investigación fue aprobada por el comité de ética de investigación. Los resultados fueron descritos por tres categorías empíricas: el modelo de atención de la salud y los atributos esenciales de la atención primaria de salud; el uso de las nuevas tecnologías y el (en) la satisfacción de los usuarios y el ambiente de la Unidad de Salud. Dispositivos tales como la hospitalidad, la atención se centró en los pacientes, el uso de protocolos clínicos y más la humanización en la atención aumentan la satisfacción. Los atributos de accesibilidad, integralidad y coordinación de la atención se refieren principalmente a la insatisfacción de los usuarios. Puede concluirse que los atributos de acceso y longitudinalidad usuarios satisfechos de la atención primaria. La investigación hizo un diagnóstico del municipio, a partir de la (in) Satisfacción del usuario, indicando la necesidad de establecer una rutina de equipos de salud para la evaluación de la satisfacción del usuario con el propósito de tener un retorno sobre las acciones y los servicios de salud ofrecidos a la comunidad.

Palabras clave: Investigación en Servicios de Salud, Atención Primaria de Salud, Satisfacción del Paciente, Servicios de Salud

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passos-MG, segundo grupo focal, data e horário da realização do grupo e número de participantes	36
Quadro 2 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passos-MG, segundo grupo focal, data e horário da realização do grupo e número de participantes.	37
Quadro 3 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passos-MG, segundo grupo focal, dia e horário da realização do grupo e número de participantes	38
Quadro 4 – Relação de materiais em condições de uso nas Unidades de Saúde do Brasil avaliadas pela equipe de avaliação externa do PMAQ em 2012.	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG,42	
participantes da pesquisa, segundo sexo. Passos, agosto de 2017.	
Gráfico 2 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG,43	
participantes da pesquisa, segundo escolaridade. Passos-MG, agosto de 2017.	
Gráfico 3 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG,44	
participantes da pesquisa, segundo profissão e/ou ocupação. Passos-MG, agosto de 2017.	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo faixa etária. Passos-MG, agosto de 2017.43

Tabela 2 – Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo tempo (em anos) de utilização do serviço.45
Passos-MG, agosto de 2017.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MSE	Ministério da Saúde e Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.2 Justificativa	21
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivo Geral	23
2.2. Objetivos Específicos	23
3. MARCO TEÓRICO DE REFÊRENCIA	24
3.1. Políticas e sistema de saúde no Brasil	24
3.2. Avaliação de serviços de saúde	28
3.3. Avaliação da satisfação dos usuários	30
4. MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1. Delineamento do estudo	33
4.2. Campo e cenários de estudo	33
4.3. Participantes da pesquisa	34
4.4. Procedimento de coleta de dados: a técnica e o instrumento de coleta	36
4.5. Análise de dados	39
4.6. Aspectos éticos.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1. Caracterização dos participantes	42
5.2. O modelo de atenção à saúde e os atributos essenciais da APS.....	45
5.3. O uso das tecnologias e a (in)satisfação dos usuários.....	68
5.4. A ambiência da Unidade de Saúde	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXO A – Ficha de cadastro individual no E-SUS.....	103
ANEXO B – Autorização da Instituição	104
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética	105
APÊNDICE A- Roteiro para desenvolver o grupo focal	106
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106

APRESENTAÇÃO

Iniciamos nossa apresentação, pedindo licença ao rigor das normas técnicas que impõem a uniformidade do foco narrativo em um texto científico. Aqui na Apresentação, será usada a primeira pessoa do singular, pois me considero um sujeito uno e, como tal, cabe a mim relatar meu percurso profissional e acadêmico.

Durante toda a minha graduação, período 1998-2001, desenvolvi projetos de extensão voltados para a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, nesse período, estava em forte expansão e consolidação como modelo de organização da Atenção Básica (AB) no Brasil.

Em novembro de 2001 já graduada, iniciei meu primeiro trabalho como enfermeira coordenadora em uma equipe de ESF, em um município de pequeno porte no estado de Minas Gerais onde permaneci até o ano de 2006, tendo a oportunidade de participar de implementações nas políticas públicas de saúde, bem como o lançamento do Pacto pela Saúde e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em 2006, após ser aprovada em concurso público, comecei a trabalhar em um município mineiro de médio porte, como enfermeira coordenadora de uma das ESF do município, permanecendo aí até 2012. Este trabalho possibilitou-me o acesso direto ao usuário cadastrado na área de abrangência da equipe, bem como a criação de vínculos com a equipe de saúde e o usuário, devido ao meu tempo de integração nesse contexto.

No ano de 2010, fui convidada pela equipe gestora das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, a participar como facilitadora da implantação do Plano Diretor Estadual da Atenção Básica no município de Passos/ MG, que tinha como intuito organizar e institucionalizar o processo de trabalho das Equipes de AB. Tal ação deveria ser desenvolvida por meio da realização de diagnósticos situacionais e demográficos da área de abrangência de cada Unidade de Saúde AB, que disparou a confecção de Planilhas de Programação Local de cada membro da equipe multidisciplinar, de oficinas de educação Permanente e implantação do acolhimento com classificação de risco.

O plano diretor da AB possibilitou que a gestão municipal e os profissionais de saúde atuantes na AB tivessem mais conhecimento e efetividade no trabalho desenvolvido para a população. Em 2012, o município, por meio de sete ESF (incluindo a que eu trabalhava) aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso de Qualidade da AB (PMAQ-AB) em seu 1º Ciclo, no qual ficou instituída a avaliação da AB por meio do Ministério da Saúde.

Em 2013, deixei a assistência, pois fui convidada a assumir a Coordenação da AB municipal. Minha função como coordenadora era bastante ampla, envolvendo organização do processo de trabalho das equipes de AB, por meio de implantação de protocolos de atenção à saúde, educação permanente de todos profissionais da AB, gestão de recursos humanos e materiais e acompanhamento de indicadores de saúde. Além disso, eu acompanhava o lançamento de produção no Sistema Nacional de Informação até a implementação de Programas lançados pelo Ministério da saúde e Secretaria Estadual de Saúde. É importante salientar que a equipe de gestão da qual eu fazia parte era formada por cinco apoiadores institucionais e um coordenador de AB.

Durante a realização do processo de trabalho da equipe gestora da AB, surgiu a necessidade de se instituir um processo de avaliação da organização do processo de trabalho das equipes de AB e a satisfação do usuário. Para que isso fosse possível foi montado um instrumento *check list* com vários itens de verificação, voltados para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde. Cada item tinha um valor numérico e o escore final determinava um conceito final como: excelente, ótimo, bom, regular e insipiente.

Esse processo de avaliação no município recebeu o nome de Quali-APS. O *check-list*, cientificamente, não possuía validade, porque não passou por critérios metodológicos para sua construção; ele foi uma adaptação do questionário realizado na avaliação externa do PMAQ. Porém, mesmo sem todo esse rigor metodológico, conseguiu-se atingir o objetivo de avaliar as unidades de AB, fortalecer os processos de mudança e contratualização de melhoria nos processos de trabalho das equipes avaliadas.

A satisfação dos usuários era avaliada por meio de sorteio entre as microáreas. Eram selecionados seis usuários da área de abrangência da equipe que respondiam a um questionário em seu próprio domicílio. Esse questionário também foi uma adaptação; porém a base deste documento constituía-se como a pesquisa de satisfação do usuário realizada pelo PMAQ, associada ao PCATool, versão adulta.

Cada Unidade de Saúde era avaliada com o intervalo de tempo de quatro meses. Cada um de nós percebia que o processo de trabalho da equipe melhorava significativamente nesse período, devido à comparação da nota final de cada avaliação. Porém, a cada ciclo, novos usuários eram entrevistados e a nota baixa e a insatisfação em relação às equipes eram frequentes.

Fiquei muito intrigada com esses resultados, principalmente porque as mudanças realizadas na equipe de saúde não atingiam de forma positiva os usuários. Senti uma

necessidade de escutar o usuário a fim de saber o que a equipe coordenadora estava fazendo de errado no processo de trabalho que não surtia efeito no produto final – a satisfação do usuário.

Permaneci como coordenadora da AB até a troca do gestor municipal e, em 2017, retornei à ESF, tendo a oportunidade de trabalhar diretamente com os cuidados e assistência prestados ao usuário do território de abrangência da ESF. Essas experiências anteriores foram muito importantes para a minha construção como ser humano e profissional da área de saúde.

Neste contexto, desenvolvi a presente pesquisa. Na introdução, recupero o processo histórico do Sistema de Saúde do Brasil até os dias atuais, com a implementação do Sistema Único de Saúde e o fortalecimento da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família. Abordo, ainda a institucionalização de processos avaliativos no intuito de aferir a qualidade do serviço, por meio da utilização da satisfação do usuário como indicador de medida de qualidade neste processo. Para se atingirem os objetivos desta pesquisa, foi utilizada a abordagem metodológica qualitativa, em que 23 (vinte e três) participantes foram ouvidos por meio de técnica de grupo focal. Os dados gravados foram transcritos e transformados em núcleos de sentido, no qual se permitiu explorar e trabalhar três temas: o modelo de atenção e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde; o uso das tecnologias e as (in)satisfações dos usuários e a ambiência da Unidade Básica.

Assim ficam contextualizados meu envolvimento e interesse em desenvolver este trabalho. Em seguida, a partir da Introdução, assumo o foco narrativo em primeira pessoa do plural.

1. INTRODUÇÃO

A assistência médica com enfoque na medicina curativa teve um grande impulso na década de 1970 no Brasil, por meio do financiamento da Previdência Social. Em 1975, esse modelo assistencial em saúde entra em crise, por ser incapaz de solucionar os principais problemas da população brasileira (CONASS, 2006; CONILL, 2008; CONASS, 2011b; MENICUCCI, 2014).

Em 1978, devido à elitização da prática médica e à dificuldade de se obterem cuidados de saúde por grande parte da população mundial, grandes líderes políticos de vários países se reuniram em Alma-Ata (Cazaquistão) para a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), mobilizando um movimento de cuidados de saúde primários a fim de encontrarem respostas para as desigualdades em saúde no mundo (WHO, 1978; ASSIS et al., 2007; WHO, 2008; CONASS, 2011b).

Os cuidados primários foram então definidos na Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) como cuidados essenciais à saúde, obtidos por meio de métodos e tecnologias práticas, estando à disposição e ao alcance de toda a população, independentemente de sua situação financeira. De acordo com Assis et al. (2007), todos os governos e representantes da sociedade envolvidos no setor de saúde teriam como alvo a garantia de acesso à saúde para todas as pessoas, apresentando a APS como primeiro nível de atenção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde.

Países como Canadá, Espanha, Reino Unido, Cuba e Moçambique, que vinham enfrentando dificuldades no setor de saúde devido a gastos excessivos, por influência do modelo médico dominante, adotaram os cuidados primários de saúde, como marco referencial na organização dos serviços de saúde (GIL, 2006; CONILL, 2008).

No Brasil, os primeiros indícios de uma mudança no paradigma do modelo médico hegemônico, surgiu no interior do estado de Minas Gerais, conhecido como Projeto Montes Claros (MOC) cujos princípios, mais tarde, serviriam para nortear a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONASS, 2011b; MENICUCCI, 2014).

No primeiro trimestre do ano de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em que foram lançados os pilares do novo sistema de saúde, cujo relatório final proveu um conceito amplo de saúde, isto é, como uma questão de cidadania; o dever do estado em financiar e gerenciar as ações do Sistema de Saúde e a criação de um Sistema Único de Saúde,

constituído pelos princípios e diretrizes da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (CONASS, 2006).

No início na década de 1990, o Sistema Único de Saúde – SUS – foi instituído como modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde. Seus princípios e diretrizes norteadoras são: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; equidade; integralidade na assistência; participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (NORONHA; LIMA; MACHADO; 2012).

Para a concretização do SUS, os serviços de saúde devem estar organizados conforme as necessidades de saúde sentidas pela população, por meio de uma rede articulada de cuidados (CONASS, 2011a).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS - e a Organização Mundial da Saúde - OMS - (2008), desde a Declaração de Alma Ata, a APS tem sido reconhecida como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz, podendo se adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais.

Para Starfield (2004), a APS é um novo modelo assistencial de saúde abrangente, norteadora por dois eixos estruturantes, ou seja, os atributos essenciais: acesso de primeiro contato e acessibilidade; longitudinalidade ou continuidade da atenção; integralidade das ações e serviços de saúde e coordenação do cuidado nos diferentes níveis de atenção; e atributos derivados: orientação familiar e participação comunitária. A identificação empírica desses atributos permite verificar a efetividade da atenção sobre a saúde da população.

No Brasil, a APS é designada por Atenção Básica (AB) de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), prevista na Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, em seu artigo 2º:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 68).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta novas esperanças para reorganização do modelo de atenção hegemônico no Brasil, sendo a principal estratégia para estruturar a APS

no SUS (BRASIL, 2005; ESCOREL et al., 2007; CONASS, 2011a; BRASIL, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Desde sua implantação, a ESF vem ascendendo em número de equipes e cobertura populacional adscrita. Em Novembro de 2017, havia 42.596 (quarenta e dois mil, quinhentos e noventa e seis) equipes implantadas, responsáveis pelo acompanhamento de 63,9% (sessenta e três vírgula nove por cento) da população brasileira (BRASIL, 2018).

Com a forte expansão da AB no país, constatou-se a importância de se fortalecerem a reorganização e a qualificação da mesma para aprimoramento do SUS. Vários autores reafirmam a necessidade de avaliação de programas e políticas públicas, com o objetivo de promover a construção de processos estruturados e sistêmicos coerentes com os princípios do SUS, da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004; ALMEIDA E GIOVANELLA, 2008; FACCHINI et al., 2008; ROCHA et al., 2008; CASTANHEIRA et al., 2011; SANCHO; DAIN, 2012).

Lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde, como primeira tentativa de instituir uma cultura avaliativa na APS, o projeto Avaliação por Melhoria da Qualidade (AMQ), com financiamento da OPAS e do Banco Mundial, tinha como finalidade promover a autoavaliação das Equipes de Saúde da Família sobre a organização do processo de trabalho (BRASIL, 2005; CASTANHEIRA et al., 2015).

Com o intuito de fortalecer a PNAB (BRASIL, 2011a) e avaliar seus resultados em todas as suas dimensões, foi lançado em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com a possibilidade de um padrão de qualidade em qualquer instância de avaliação, ou seja, nacional, estadual ou municipal. Dessa forma, resultariam maior eficiência e efetividade das ações do governo direcionadas à AB, bem como a análise do processo de solidificação da APS em todo o Brasil (BRASIL, 2011b; 2013a).

O PMAQ encontra-se organizado em três fases e um eixo transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo que se completa (BRASIL, 2015a). O instrumento de avaliação externa, utilizado na Fase 2 do PMAQ, é composto por seis módulos, sendo que o objetivo do Módulo III é avaliar a satisfação e a percepção dos usuários quanto ao acesso e à acessibilidade do serviço de AB, por meio de entrevistas com usuários presentes na Unidade de Saúde no momento da avaliação (BRASIL, 2016a).

Utilizar a satisfação do usuário como um indicador de qualidade do serviço ofertado à população tem sido muito valorizada, por estar diretamente tangenciada com a conformação no uso do serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005), sendo de suma importância para a melhoria da

qualidade dos serviços de saúde oferecidos, para se repensarem a prática profissional e a forma de organizar os serviços de saúde (MISHIMA et al., 2010; LOBO et al., 2014).

Nesse sentido, incluir a participação de usuários do SUS no processo de avaliação propicia percepções diferentes em relação aos serviços de saúde, que precisam ser respeitadas e reconsideradas, quando avaliamos a qualidade das ações e dos serviços ofertados à população (LIMA et al., 2015).

Torna-se importante ressaltarmos que estamos considerando satisfação como contentamento, alegria, deleite, necessidades atendidas (FERRI, 2006). Nessa perspectiva, satisfação envolve subjetividades e está relacionada a expectativas.

Diante do exposto, questionamos: como está a satisfação dos usuários quanto à assistência recebida em serviços de Atenção Básica de Passos/MG, considerando os atributos essenciais da APS?

1.2 Justificativa

A grande expansão da ESF trouxe a necessidade de qualificação da AB ofertada à população, tornando necessária a avaliação desses serviços de forma permanente, para orientar os processos decisórios de gestão e melhorar os resultados para a população (TANAKA, 2011; BRANDAO et al., 2013).

A avaliação da APS sob a perspectiva do usuário ainda é escassa e, no município-sede da pesquisa, é inédita, contribuindo, assim, para se institucionalizar a avaliação. Além disso, tal proposta subsidia a reorganização dos serviços, servindo de parâmetros para ações e políticas de saúde, além de ser uma ferramenta para a participação popular (ROSA et al., 2011; BRANDAO et al., 2013; MORAES et al., 2014).

Os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde para os gestores, por meio do relatório descritivo do PMAQ, referente ao 2º Ciclo do programa, indicam que 100% (cem por cento) da população entrevistada nas ESF, participante deste ciclo do PMAQ, no município de Passos/MG, estão satisfeitas com o cuidado recebido pelos profissionais (PASSOS, 2015).

Entretanto, a forma de coleta desses dados, por meio do instrumento de entrevista instituído pelo Ministério da Saúde, pode induzir viés no resultado, uma vez que ‘satisfação’ é um substantivo abstrato e suas dimensões não podem ser supridas somente por esta técnica de coleta de dados.

Pereira et al., (2011) acrescentam que a produção de pesquisas que analisem, avalie e interprete as demandas e necessidades dos usuários são imprescindíveis para se identificarem dificuldades, com a finalidade de se construírem propostas de atuação.

Neste sentido, esperamos que as informações obtidas por meio desta pesquisa sejam muito úteis para melhorar o planejamento dos serviços de saúde do município-campo da pesquisa. Isto porque deverá fornecer subsídios para tomada de decisão da gestão local, além de possibilitar a produção de conhecimento científico para a melhoria de saúde e assistência local.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a satisfação dos usuários quanto à assistência recebida em serviços de Atenção Básica de Passos-MG, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra de usuários participantes conforme sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de utilização dos serviços de Atenção Básica de Passos-MG.
- Analisar a satisfação dos usuários quanto à assistência recebida em serviços de Atenção Básica de Passos-MG, sob a perspectiva do acesso, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação do cuidado.

3. MARCO TEÓRICO DE REFÊRENCIA

3.1. Políticas e sistema de saúde no Brasil

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a construção das bases do atual Sistema Único de Saúde no Brasil (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 278).

Segundo Paim (2012), Modelo de Atenção à Saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas.

Durante a Colônia, os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente no mundo da medicina. A minoria da população, ou seja, os membros da elite, tinham acesso aos médicos, sendo que os mais pobres e os escravos utilizavam-se da solidariedade de curandeiros e cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1894, o Brasil foi ameaçado por uma forte epidemia de febre amarela e varíola, que resultou uma reforma nos serviços de saúde como a instituição de uma política sanitária, a vacinação antivariólica e a fiscalização do exercício da medicina. Esse modelo assistencial ficou conhecido como Médico Sanitarista. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Tal modelo assistencial tem como ideia central campanhas ou programas contra riscos e agravos que ameaçam atingir uma grande parte da população em um determinado momento (PAIM 2012).

O período conhecido como República Velha, que perdurou até 1930, foi caracterizado pelo avanço na economia por meio da exportação do café, do saneamento dos portos para receber imigrantes para trabalhar nas lavouras e, posteriormente, pela crise mundial que também afetou a economia do nosso país. O modelo de assistência à saúde continuou com o sanitarismo campanhista, imposto para toda a população de forma autoritária, ocasionando, assim, uma revolta por parte do povo brasileiro (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1923, com a queda no mercado do café, a população rural muda-se para as cidades na esperança de conseguir melhores condições de vida. Surge a nova classe trabalhadora dos operários que, fomentados pelos acontecimentos de movimentos de greve na Europa, mobilizaram-se e conseguiram, por meio do governo, instituir as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Essas Caixas, em 1933, no governo de Getúlio Vargas, uniram-se aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e finalmente, foi formado o grande

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passou a congregar os trabalhadores, não por empresas, mas por categorias profissionais que ofereciam serviços médicos, benefícios e pensões (CARVALHO, 2013).

Durante este período, os direitos de cidadania só eram concedidos aos indivíduos em processo produtivo. A saúde pública sob o comando do Ministério da Saúde e Educação (MSE) destinava-se a controlar e erradicar as doenças infectocontagiosas. A assistência pública (médica) era de caráter individual e, no caso dos trabalhadores, estava a cargo dos serviços ligados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (ESCOREL; TEIXEIRA 2012).

Entre as décadas 1940-1970, surgem grandes investimentos e construção de modernos hospitais públicos no país, a maioria financiada pelos IAPs e, posteriormente, pelo INPS, dando início à configuração de um padrão de assistência à saúde “hospitalocêntrico”. Esse padrão de assistência caracterizava-se por priorizar a medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente, com um aumento constante dos custos em saúde, sem prioridade para a promoção da saúde e prevenção das doenças (CONASS, 2011b; PAIM, 2012).

Em 1974, o país entra em crise financeira devido ao uso irregular dos recursos financeiros do sistema previdenciário, o que levou o governo federal a buscar novas alternativas de modelos de atenção à saúde com menor custo e maior efetividade (ESCOREL, 2012).

Entre vários protagonistas envolvidos nessa luta, destacava-se o cidadão comprometido com os problemas que o país vinha enfrentando com seu sistema de saúde precário e ineficaz, manifestando-se por meio de movimentos populares, de associações de bairros e de igrejas católicas. Outros protagonistas vieram das faculdades de Medicina; eram estudantes inseridos no meio social e envolvidos nas reformas dos departamentos de medicina social que formavam profissionais comprometidos com o social. O movimento de Reforma Sanitária se fortaleceu em 1976, quando então, surgiram vários prefeitos municipais com a proposta de se envolverem com o social, principalmente melhorar as condições da população mais desfavorecida economicamente (CARVALHO, 2013).

Segundo Escorel (2012), o movimento que deu a origem à Reforma Sanitária, com foco no modelo assistencial de saúde médico-social na abordagem dos problemas de saúde, buscou a modificação do setor de saúde no Brasil, tendo como prioridade o direito à cidadania e a busca por melhores condições de saúde. O Plano de Localização de Serviços de Saúde, o Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde apresentavam elementos institucionais como regionalização, hierarquização, acessibilidade, descentralização, integralidade e ampla participação comunitária.

O ano de 1985 ficou marcado pelo fim do regime militar e o começo de uma nova república, dando oportunidade para que representantes do movimento sanitário assumissem posições de poder no governo e afins. No ano seguinte (1986), ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que fortaleceu e consolidou os princípios da Reforma Sanitária (CONASS, 2011b).

A Constituição Federal/1988 – CF –, chamada “Constituição Cidadã”, no ano de 1988, em seu artigo 198, define o SUS como ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. A CF/88 também estabeleceu que essa rede deveria constituir um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: universalidade no acesso e igualdade na assistência; integralidade na assistência; participação da comunidade na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo; descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO., 2012).

A implantação do SUS ocorre no início da década de 1990, com a formulação dos papéis dos entes governamentais na prestação dos serviços e na gestão do Sistema de Saúde. Nesse contexto, gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes da comunidade reúnem-se para discutir os critérios de transferências de recursos financeiros para à saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Diante do exposto, constatou-se a necessidade de investimentos nas ações de caráter preventivo e de promoção da saúde como estratégia de reorganização do próprio modelo e fortalecimento da AB no país. Estes antecedentes estimularam a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), mas com um caráter seletivo e restrito da APS, pois a proposta de implementação direcionava-se a pequenos municípios ou a periferias de grandes cidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Posteriormente, a ESF dotou a APS, no Brasil, de uma postura mais ampla, para modelo de AB do SUS, no qual se fortalece como o primeiro contato do indivíduo/ população no acesso ao serviço de saúde e se articula, formando redes com os outros níveis de atenção. A concepção de APS da ESF preconiza equipes interdisciplinares que trabalham com território de abrangência e acompanham população definida e cadastrada por meio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O Ministério da Saúde, no dia 21 de setembro de 2017, aprovou, por meio da Portaria nº 2.436, a PNAB no âmbito do SUS, deixando claro que a mesma considera os termos AB e APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017). A Portaria ministerial acrescenta, também em seu texto, a universalidade, a equidade e a integralidade, bem como as diretrizes da regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade são princípios e diretrizes do SUS e das Redes de Atenção à Saúde – RAS – a serem operacionalizados na AB (BRASIL, 2017).

Para que se configure como um serviço de APS, são fundamentais quatro atributos essenciais segundo Starfield (2004):

- a) primeiro contato: entrada preferencial do usuário no serviço de saúde, toda vez que se tem a necessidade em caso de adoecimento ou atendimento de rotina. É necessário que esse sistema esteja acessível a toda a população e que as barreiras geográficas, financeiras, culturais e organizacionais sejam eliminadas. Para que este atributo seja cumprido, isto é, para se ter acesso à atenção especializada, o usuário deve ser sempre encaminhado por um profissional da APS;
- b) longitudinalidade: diz respeito à continuidade da relação profissional/equipe/usuário ao longo da vida. Com a continuidade da relação ao longo do tempo, a relação profissional-paciente se torna mais humanizada e integral, devido à criação de vínculos e relações com base na confiança, proporcionando mais satisfação e melhor qualidade de vida aos usuários;
- c) integralidade: sugere que a equipe de saúde deva oferecer serviços voltados à promoção da saúde, à prevenção de doenças, às práticas curativas e à reabilitação, considerando a necessidade individual de saúde de cada usuário independentemente de sua faixa etária;
- d) coordenação do cuidado: para que o atributo da integralidade seja garantido, os serviços de APS devem se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário, independentemente do grau de complexidade da necessidade de saúde em todos os pontos de atenção. Para exercerem este atributo, as equipes de saúde deverão utilizar, em seu trabalho, a gestão clínica, associada a um sistema de referência e contrarreferência eficaz e o uso de prontuários eletrônicos interligados em rede para facilitar o acesso de informação entre profissionais de diversos pontos de atenção nas RAS.

A reorganização do SUS orientada por uma APS abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços e com orientação comunitária no enfrentamento dos determinantes sociais, é uma perspectiva para redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito de saúde no nosso país (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012, p. 542).

A APS tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregados aos princípios fundamentais de uma APS abrangente. Por outro lado, o desafio para o seu aprimoramento está condicionado a fatores complexos, como questões ligadas ao financiamento e à formação de profissionais. Ações para fortalecer a APS como porta de entrada devem ser implantadas a fim de se organizar o acesso aos demais níveis de atenção e, principalmente, superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

3.2. Avaliação de serviços de saúde

Ao analisar a literatura científica sobre avaliações dos serviços de saúde, identificamos que instrumentos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde sempre se fizeram presentes. Tal prática configura-se como um importante mecanismo para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde (SANCHO; DAIN, 2012).

O modelo apresentado por Donabedian (1978) é amplamente usado como referência fundamental para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (REIS et al., 1990; HALAL et al., 1994; CAMPOS, 2005; ASSIS et al., 2007; TANAKA, 2011; SANCHO; DAIN, 2012). Este autor, Donabedian, desenvolveu um quadro conceitual com enfoque na tríade eficiência-efetividade-eficácia para definição de estratégias, critérios e padrões. Os elementos dos processos de avaliação por ele definidos são divididos em: estrutura; processos e resultados (DONABEDIAN, 1978).

O incentivo ao uso de práticas avaliativas pela OMS acelerou-se a partir da Conferência Internacional da APS, em 1978, com a finalidade de apoiar os países, na conformação dos seus sistemas de saúde de uma forma que os tornassem mais eficazes e acessíveis à população, incorporando a avaliação ao processo de gestão sanitária (WHO, 1978; 2008).

No Brasil, a avaliação dos serviços de saúde começa a se desenvolver a partir da Reforma Sanitária e ganha destaque com a regulamentação do SUS, em 1990. Os processos avaliativos de programas de saúde foram favorecidos pela organização e estruturação do SUS, pelo fortalecimento das ações de saúde coletiva e pelo incentivo de agências financiadoras

internacionais com interesse de acompanhar o impacto na implantação desse novo sistema de saúde (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Com esse intuito, a avaliação da AB ganha destaque no SUS, mas enfrenta desafios teóricos e operacionais, como dificuldades no cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema em tela. Além disso, surgiram outros obstáculos, como realização de atividades preventivas e de promoção da saúde devido a problemas históricos na estrutura física das UBS, insuficiência de investimento e recursos financeiros, a fim de melhorar a resolutividade e a eficiência dos serviços, entre outros (FACCHINI et al., 2008; WHO, 2008; BODSTEIN, 2009; BRASIL, 2011a; CONASS, 2011a).

Nesse sentido, a avaliação da qualidade do serviço de saúde oferecido à população vem ganhando força nos últimos anos, mas o conceito de qualidade é abstrato e varia de acordo com o período histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade (BRASIL, 2010a).

Os instrumentos utilizados para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, em sua grande maioria, seguem as dimensões do quadro conceitual proposto por Donabedian (1990) que seleciona os sete pilares da qualidade: eficácia – efetividade – eficiência – aceitabilidade – otimização – equidade – legitimidade.

Otero Puimi; Saturno Hernandez e Marquete Palomer (1999) acrescentam, ainda, como dimensões ou atributos da qualidade: competência profissional e sua qualidade técnico-científica, satisfação do usuário, adequação e continuidade. É importante ressaltar que a seleção de um único atributo não consegue contemplar todas as complexidades dos programas e serviços de saúde, pois, para avaliá-lo, faz-se necessária a escolha de uma gama de atributos.

Com a forte expansão da AB em todo o território nacional, o Ministério da Saúde, com apoio financeiro do Banco Mundial, investiu na institucionalização da avaliação. Tal investimento visava qualificar a APS, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, em consonância com os princípios do SUS e em várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004; BRASIL, 2005; ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008; BRASIL, 2010a; SAVASSI, 2012).

Um instrumento de avaliação da APS, denominado PCATool-Brasil, foi desenvolvido para avaliar a presença e a extensão de quatro atributos essenciais e três derivados que qualificam a APS de acordo com o quadro avaliativo desenvolvido por Starfield, com base no modelo donabediano. Este instrumento se apresenta em três versões: crianças, adultos e profissionais, sendo as duas primeiras aplicadas a usuários (CASSADY et al., 2000; SHI et al., 2001; BRASIL, 2010b).

No Brasil, em 2006, foi realizada a primeira validação do PCATool/versão usuários crianças (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010); e, em 2013, ocorreu a primeira validação do PCATool/versão usuários adultos (HARZHEIM et al., 2013).

No sentido de contribuir com a comunidade científica, Fracolli et al. (2014) realizaram uma metassíntese, com o objetivo de identificar os instrumentos que estão sendo utilizados por pesquisadores nacionais e internacionais, para avaliação da APS. A busca resultou nos seguintes instrumentos: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET), produzido pela OMS, que avalia atributos de acessibilidade ou utilização do serviço de saúde, integralidade, coordenação e continuidade do cuidado; o *ADHD Questionary for Primary Care Providers* (AQ-PCT) que tem como objetivo avaliar as percepções dos profissionais da APS na identificação e no diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; o PACOTAPS que é um aplicativo para APS desenvolvido e testado em uma Unidade Básica de Saúde em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul; o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP), desenvolvido por pesquisadores do Reino Unido, e validado em diversos países, inclusive no Brasil, o qual tem como objetivo fornecer *feedback* para a melhoria da prática, do desempenho e da organização dos cuidados dos profissionais médicos que atuam na APS; e por fim, o mais utilizado hoje, segundo as pesquisas: o Instrumento PCATools.

Assim, ressalta-se que a avaliação dos serviços de saúde tem sido objeto de pesquisa em diferentes países e municípios, com a utilização de diversos instrumentos e com diferentes abordagens.

3.3. Avaliação da satisfação dos usuários

Os estudos de satisfação dos usuários ganharam evidência principalmente na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade de serviços ofertados à população. A partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, no ano de 1990, apareceram os primeiros estudos científicos no Brasil, com a finalidade de se avaliar a satisfação dos usuários, ao utilizarem este novo modelo assistencial de saúde (REIS et al., 1990; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Autores como Karin; Abdullah e Rahman (2016), desenvolveram um instrumento para medir a percepção e a satisfação da comunidade sobre a qualidade dos serviços de APS em Bangladesh. Tais pesquisadores classificaram 24 (vinte e quatro) atributos que podem interferir

na percepção da satisfação, sendo 12 (doze) itens desta escala relacionados com atitudes e práticas dos profissionais de saúde que realizam o acompanhamento do usuário.

Um dos modelos teóricos disponibilizados pela literatura para que possamos compreender o conceito de satisfação dos usuários é o de Parasuraman; Zeithaml e Berry (1988), o qual define que o julgamento do usuário é que sustenta a ideia de que o serviço de boa qualidade é aquele que atende ou supera as suas expectativas. Ou seja, para estes autores existem 5 (cinco) dimensões de qualidade dos serviços: tangibilidade (são os elementos físicos e estruturais do sistema); confiabilidade (habilidade de se ter o que foi prometido); compreensão (responder de uma forma positiva os problemas dos usuários); segurança (a percepção que os usuários têm da habilidade com que os profissionais respondem às suas necessidades) e empatia.

É importante salientar que os serviços podem apresentar lacunas entre o que usuário espera e o que é entendido, gerando assim as insatisfações. As lacunas acontecem, quando a percepção da gerência interpreta de forma errônea as expectativas do usuário ou, ainda, quando os gerentes criam normas e procedimentos de como o serviço deve ser prestado, sem levar em consideração a opinião do usuário (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Considerando os enigmas que envolvem as explicações referentes à satisfação, pesquisadores buscam conhecer as variáveis que influenciam e se relacionam diretamente com as percepções e satisfações dos usuários perante o serviço de saúde (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). Para pesquisadores como Du et al. (2015) e Valius; Rastenyte e Malinauskiene (2011), variáveis como escolaridade, renda, ocupação, idade e sexo interferem na satisfação.

Neste contexto, Sena; Ferreira e Oliveira (2015), em estudo realizado em Recife-PE, afirmam que, ao se implantarem ações de acolhimento em uma Unidade de Saúde, os usuários apresentaram-se mais satisfeitos quanto à facilidade de acesso, à organização do processo de trabalho da equipe de saúde, principalmente na marcação de consultas e à melhora da resolutividade das ações realizadas pelas equipes de saúde.

O grau de satisfação dos usuários é considerado um componente importante da qualidade assistencial e tem um lugar de destaque nos processos de avaliação dos serviços de saúde. É comprovado, cientificamente, que uma maior satisfação do usuário interfere e influencia no grau de adesão terapêutica, nos resultados dos cuidados em saúde e nos comportamentos diante da saúde e da doença (SANDOVAL; MARTINEZ; LOBET, 2012; CAMPOS; BRANDÃO; PAIVA, 2014; GONZÁLEZ-QUINONES; RESTREPO-CHAVARRIAGA; HERNANDEZ-ROJAS, 2014; MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014; DU et al., 2015).

Ao se avaliar a qualidade de um serviço de saúde, de acordo com Donabedian (1978;1984), a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. Neste sentido, Paiva et al. (2015), realizaram uma revisão de literatura, que tinha como objetivo buscar dimensões que contribuíssem para avaliar a satisfação e a percepção dos usuários sobre os serviços prestados pelos profissionais da ESF. Os autores encontraram 14 (quatorze) dimensões de satisfação de usuários disponíveis na literatura, entre as quais, a coordenação do cuidado, longitudinalidade, comunicação eficaz entre usuário-profissional, criação de vínculos, segurança do paciente, organização do serviço de saúde, estrutura física do serviço, resolutividade, integralidade, confiança e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Estas dimensões se fazem presentes em outros estudos como Day; Scammon e Kim (2013); Tang (2011), que pesquisam sobre a importância do cuidado continuado, e como o fortalecimento da relação médico-paciente reflete no aumento da satisfação do paciente.

Abrão-Curvo (2010), em pesquisa qualitativa realizada no Distrito Oeste de Ribeirão Preto-SP, identificou satisfação e insatisfação dos usuários em duas categorias empíricas: acesso a diferentes tipos de ações e serviços de saúde e relações entre trabalhadores e usuários nos diferentes cenários dos serviços de saúde.

Estudos como o de Ferri (2006), Gaioso (2007) e Mishima et al. (2016) corroboram entre si, ao avaliarem, de forma qualitativa, a satisfação dos usuários da ESF. Estes autores concluíram que existe um alto grau de satisfação nas relações interpessoais atenciosas e afetivas. Já o predomínio das insatisfações refere-se aos obstáculos em relação à acessibilidade organizacional.

Neste sentido, o conceito de satisfação de usuários é um resultado e faz parte de um contexto sociocultural e político de uma determinada sociedade, e sua avaliação favorece e auxilia gestores e profissionais de saúde no processo de tomada de decisões, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado à população (MENDES, 2003; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de delineamento qualitativo, exploratória e descritiva. Para Minayo et al. (2002), a pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isto porque trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. O estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

4.2. Campo e cenários de estudo

O campo de estudo foi o município de Passos que se localiza no Sudoeste de Minas, distante 345 (trezentos e quarenta e cinco) quilômetros de Belo Horizonte (Capital do estado). Com uma população de 113.807 (cento e treze mil, oitocentos e sete) habitantes, distribuídos em uma área total de 1.339 Km² (mil, trezentos e trinta e nove quilômetros quadrados), considerada a quarta maior cidade do Sudoeste Mineiro segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2016).

A rede de serviços de saúde do Município de Passos possui 43 (quarenta e três) estabelecimentos públicos de saúde. Entre elas, a APS de Passos é composta por 28 (vinte e oito) Unidades de Saúde, sendo 19 (dezenove) Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS), apoiadas por 2 (dois) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com cobertura populacional de 100% (cem por cento) sendo 60% (sessenta por cento) de cobertura pela ESF e 40% (quarenta por cento) pelas UBS convencionais.

O cenário da pesquisa foi constituído pelo total das 28 (vinte e oito) Unidades de Saúde, que compõem a APS do município de Passos-MG, entre ESF e UBS.

4.3. Participantes da pesquisa

A pesquisa qualitativa investiga a medição de atributos e relações em uma população, sendo que o objetivo maior destes estudos é descobrir o significado e revelar realidades múltiplas (POLIT E BECK, 2011). Frente ao exposto, a amostragem ideal é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO et al., 2002).

Assim estimou-se uma amostra de 30 (trinta) usuários que foram selecionados aleatoriamente, sendo, preferencialmente, um usuário por Unidade de Atenção Básica à Saúde, exceto as unidades PSF Nossa Senhora das Graças e UBS Penha que poderiam ter 1 (um) usuário a mais, por fazerem parte de uma grande área de abrangência populacional.

Os critérios de inclusão para seleção dos participantes da pesquisa foram: ter no mínimo 18 (dezoito) anos; possuir cadastro na unidade de atenção básica; utilizar os serviços de sua Unidade de Saúde de referência há mais de um ano e não apresentar deficiência cognitiva.

É importante destacar que a identificação de deficiência cognitiva foi realizada por meio da informação contida na Ficha de Cadastro Individual do usuário no Sistema de Informação da Atenção Básica, ESUS-AB (ANEXO A).

A deficiência intelectual/cognitiva é assim definida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência:

É o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de unidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho” (BRASIL, 2016b, p. 27).

Com o objetivo de formar o conjunto de sujeitos componentes da pesquisa, recrutamos a amostra, indo pessoalmente em cada uma das 28 (vinte e oito) unidades de saúde, nos horários de maior fluxo de usuários, ou seja, no começo dos turnos da manhã e da tarde.

Ao chegar em cada Unidade de Saúde, o projeto era apresentado à equipe de saúde. Após, o profissional enfermeiro ou um Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe nos acompanhava para apresentação do projeto à população presente naquele momento na sala de espera, aguardando consultas, informações ou procedimentos. Percebemos que o comparecimento de um membro da equipe foi importante para ganhar a confiança das pessoas ali presentes a fim de manifestarem interesse em participar da pesquisa.

Na apresentação da pesquisa, foram explicados os objetivos e realizados esclarecimentos sobre como seria a coleta de dados, os riscos e benefícios de estarem participando da pesquisa, bem como a disponibilidade de transporte da residência do participante até o local de encontro dos grupos. Foi explicado que esse transporte seria feito por meio de um veículo tipo Van, contratado por nós, ou seja, pela própria pesquisadora, deixando claro que os usuários não teriam custo nenhum, ao participarem da pesquisa.

Ressaltamos que os usuários ali presentes manifestavam interesse pelo assunto, porém pareciam inseguros quanto à sua participação na pesquisa. Eles relatavam que tinham medo de sofrerem algum tipo de rejeição futura por parte de algum profissional da equipe de saúde ou gestão, por expressarem suas opiniões a respeito do funcionamento do serviço de saúde, mesmo sendo garantido por nós que a identidade dos participantes seria preservada durante a apresentação dos resultados. Algumas vezes, foi necessária a ajuda dos profissionais de saúde ali presentes, com o intuito de encorajar os participantes; ainda assim, somente uma ou duas pessoas, no máximo, manifestavam-se interessados em participar da pesquisa.

Imediatamente, anotávamos os dados do possível participante (como nome, idade, endereço, telefone e tempo de utilização dos serviços de saúde daquela Unidade de Saúde a qual ele estava vinculado). Após agradecer a disponibilidade da pessoa em manifestar interesse em participar da pesquisa, nós procurávamos o ACS ou enfermeiro da equipe para verificar se o possível participante se enquadrava nos critérios de inclusão, conforme as informações coletadas anteriormente. Chegou-se ao resultado de que todos estavam aptos a participar da pesquisa.

O recrutamento da amostra ocorreu no início do mês de agosto de 2017, com a duração de uma semana, de segunda a sexta-feira. Foram selecionados, conforme a estimativa, 30 (trinta) usuários que participariam da coleta de dados.

No dia anterior à coleta de dados, foi feito contato telefônico com todos os possíveis integrantes da pesquisa, a fim de se confirmar a participação, evitando perda significativa de amostragem.

No dia e horário previamente agendados com os participantes, fomos, a pesquisadora e o motorista da Van contratada, pessoalmente até as casas dos usuários e, infelizmente, encontramos 7 (sete) das 30 (trinta) residências vazias.

Por isso, as Unidades de Saúde PSF São Francisco, PSF Casarão, PSF Coimbras 1, UBS Novo Horizonte, UBS CSU e UBS São Domingos ficaram sem representatividade.

Desse modo, a amostra foi constituída por 23 (vinte e três) usuários.

4.4. Procedimento de coleta de dados: a técnica e o instrumento de coleta

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica do grupo focal, definido por Morgan (1997) como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais.

O principal objetivo desta técnica é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, a partir de um grupo de participantes selecionados, colhendo informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009).

Os 23 (vinte e três) usuários selecionados aleatoriamente foram agrupados em 3 (três) grupos distintos. Pensamos, inicialmente, em dividir os grupos por territórios, que continham Unidades de Saúde agrupadas conforme os territórios adscritos pela Secretaria Municipal de Saúde de Passos. Esta divisão seria ideal, uma vez que, para facilitar o trabalho de campo do apoio matricial, a coordenação da APS do município dividiu os territórios das ESF em A e B, e as Unidades Básicas de Saúde tradicionais em um único território.

Entretanto, para contemplar a necessidade e a disponibilidade dos participantes da pesquisa, os grupos foram divididos conforme estes critérios. Quanto à efetivação dos encontros, o Grupo 1 e o Grupo 2 foram realizados no dia 18 de agosto de 2017, nos períodos da manhã e tarde, respectivamente. O Grupo 1 contou com apenas 4 (quatro) participantes, sendo todos usuários de Unidades Básicas de Saúde convencionais.

Quadro 1 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passos-MG, segundo Grupo Focal 1, data e horário da realização do grupo e número de participantes.

Número do grupo, data e horário	Unidades de Saúde	Nº de participantes por Unidade de Saúde
Grupo 1 18/08/2017 Das 8h58 às 10h02.	Ambulatório Aclimação	01
	Ambulatório Coimbras	01
	Ambulatório Penha	01
	Ambulatório Nossa Senhora Aparecida	01
TOTAL		04

Fonte: Passos, 2017.

O Grupo 2 teve a participação de 11 (onze) usuários, sendo 9 (nove) de Unidades de ESF e 2 (dois) de Unidades Básicas de Saúde convencionais, conforme se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 2 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passos-MG, segundo Grupo Focal 2, data e horário da realização do grupo e número de participantes.

Número do grupo, data e horário	Unidades de Saúde	Nº de participantes por Unidade de Saúde
Grupo 2 18/08/2017 Das 13h50 às 15h56.	PSF Penha 1	01
	PSF Penha 2	01
	PSF Planalto	01
	PSF Coimbras 2	01
	PSF Coimbras 3	01
	PSF Santo Antônio	01
	PSF Polivalente	01
	PSF Santa Luzia	01
	PSF Carmelo	01
	Ambulatório Casarão	01
	Ambulatório São Francisco	01
	TOTAL	11

Fonte: Passos, 2017.

O Grupo 3 foi desenvolvido no dia 19 de agosto e contou com a participação de 8 (oito) usuários, sendo todos de Unidades de ESF, conforme o quadro a seguir.

Quadro 3 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Passos- MG, segundo Grupo Focal 3, dia e horário da realização do grupo e número de participantes.

Número do grupo	Unidades de Saúde	Nº de participantes por Unidade de Saúde
Grupo 3 19/08/2017 Das 9h08 às 10h41.	PSF Bela Vista 1	01
	PSF Nossa Senhora das Graças	02
	PSF Nossa Senhora Aparecida	01
	PSF Aclimação	01
	PSF Novo Horizonte	01
	PSF Escola	01
	PSF Bela Vista 2	01
TOTAL		08

Fonte: Passos, 2017.

Para facilitar o acesso dos usuários, os grupos foram realizados na Casa da Cultura, localizada no centro da cidade e que tem disponível um auditório onde foi realizada a coleta dos dados. Os participantes não tiveram custos na participação da pesquisa, uma vez que o seu deslocamento até a Casa da Cultura e o retorno para o seu domicílio foram feitos por meio de uma Van contratada pela pesquisadora, exclusivamente para este fim, conforme já foi esclarecido anteriormente neste trabalho.

Durante a realização dos grupos, foram utilizados três gravadores de áudio, colocados em posições distintas para melhor aproveitamento do som.

Os grupos foram coordenados por nós e contaram com a participação de duas observadoras, ambas enfermeiras, sendo uma pós-graduada com mestrado e outra cursando pós-graduação (mestrado), com experiência em grupo focal, utilizando esta técnica de coleta de dados anteriormente em pesquisas. Todos foram previamente preparados pela orientadora do projeto para aprimoramento das técnicas de condução do grupo focal.

Os observadores eram responsáveis em anotar, em forma de relatório, as percepções, os comportamentos e os relatos nos quais os participantes davam ênfase durante as discussões em grupo. Esse movimento foi importante durante a transcrição das falas, uma vez que posturas e sentimentos ficam no abstrato das palavras.

Antes do início de cada grupo, os participantes da pesquisa foram identificados com um crachá que continha seu nome. As cadeiras do auditório foram colocadas em círculo, com a finalidade de que todos os participantes e pesquisadores ficassem em um mesmo nível para

troca de relatos de experiência, e que os participantes não se sentissem receosos em expressar sua opinião.

Após apresentação de cada participante e pesquisadores, enquanto coordenadora da investigação, conforme roteiro para desenvolvimento do grupo focal, falamos sobre a pesquisa, bem como suas finalidades e por fim, o objetivo da realização do grupo focal. Enfatizamos para os participantes que não existiam respostas certas e/ou erradas.

Antes da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicamos que a leitura do mesmo poderia ser interrompida a qualquer momento para aparte de algum participante, o que não ocorreu. O termo foi lido na íntegra, sendo esclarecidos os riscos e os benefícios de se participar da pesquisa.

Em seguida, duas vias do TCLE foram entregues aos participantes, sendo que cada um devolveu uma via do mesmo assinada, ficando de posse da outra via, assinada por nós, pesquisadora.

O início das discussões dos grupos se deu conforme o Roteiro com Questões Norteadoras (Apêndice A) que contém a seguinte questão disparadora: “Falem sobre suas expectativas ao procurarem a Unidade de Saúde”. Quanto ao tempo de duração, cada grupo gastou um tempo distinto que variou de 90 noventa a 120 (cento e vinte) minutos, conforme já descrito nos quadros acima. Os dados áudio gravados foram transcritos na íntegra por nós, com a finalidade de minimizar perdas de dados e manter a fidedignidade na transcrição dos mesmos.

É importante ressaltar que, na literatura sobre o número de participantes de um grupo focal, cita-se que pode variar entre 6 (seis) a 15 (quinze) pessoas, e o tempo de duração de cada sessão é de 90 (noventa) a 120 (cento e vinte) minutos (RESSEL et al., 2008; TRAD, 2009; BACKES et al., 2011; POLIT; BECK, 2011). Apesar de o Grupo 1 apresentar somente 4 (quatro) participantes, optou-se por desenvolver o grupo, considerando-se o interesse dos usuários.

4.5. Análise de dados

A análise dos dados dos grupos focais foi feita seguindo o referencial teórico de Bardin (1977). Para este autor, a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise do conteúdo se dá por três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise consiste na fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes das entrevistas transcritas; a exploração do material consiste em selecionar as unidades de análise, que serão orientadas pela questão da pesquisa e serão categorizadas conforme os atributos essenciais e derivados da APS. Uma vez definida as categorias, é possível sistematizar os dados brutos, permitindo, posteriormente, a discussão precisa das características relevantes do conteúdo (CAMPOS, 2004).

Em um primeiro momento, as transcrições foram feitas individualmente, por grupos, para se manter o sigilo sobre a identidade dos participantes. Estes foram nomeados sucessivamente como “Part. 1” (um) até “Part. 23” (vinte e três) e a ordem surgiu conforme a fala de cada participante durante a transcrição dos grupos. Foram levados em consideração, para análise dos dados, os relatórios realizados pelos pesquisadores observadores que participaram dos grupos.

Após a leitura e exploração do material transcrito, foi-nos possível unir e categorizar as falas dos participantes nos seguintes contextos: expectativas do participante ao procurar uma Unidade de Saúde; análise da assistência prestada na Unidade de Saúde; as satisfações e insatisfações quando vão à Unidade de Saúde e como deveria ser a assistência na Unidade de Saúde sob a perspectiva do participante.

Os núcleos de sentido encontrados nos fragmentos das falas dos participantes foram as satisfações e insatisfações com o serviço ofertado pela APS do município de Passos.

Frente ao exposto, esta análise possibilitou-nos encontrar 3 (três) temas:

- 1) O modelo de atenção à saúde e os atributos essenciais da APS;
- 2) O uso das tecnologias e a (in)satisfação dos usuários;
- 3) A ambiência da Unidade de Saúde.

Muitos pesquisadores incluem o acolhimento, o uso de tecnologias e a organização do processo de trabalho como intervenções em saúde ou modelos de atenção à saúde com a finalidade de resolver problemas e atender a necessidade de saúde, em determinada realidade e população adscrita (CAMPOS, 1994; MERHY, 2002; PAIM, 2012; FERTONANI et al., 2013). Nesse sentido, é importante salientar que os temas foram separados metodologicamente; porém, no dia a dia, estão articulados no processo de trabalho e, nem sempre, torna-se possível estabelecer tal divisão.

4.6. Aspectos éticos

Para o desenvolvimento do projeto de pesquisa foi solicitada autorização da Gestão Municipal de Saúde de Passos-MG (ANEXO B).

Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (EERP-USP). Foram seguidas as normatizações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O projeto foi aprovado em abril de 2017, Protocolo CAAE: 64835017.9.0000.5393 (ANEXO C).

Os participantes desta pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, benefícios e riscos do estudo, oferecendo o direito de escolha quanto à participação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi lido a todos os participantes e assinado por todos, garantindo sigilo e confidencialidade das informações fornecidas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Caracterização dos participantes

Os participantes da pesquisa, conforme os objetivos específicos, foram caracterizados segundo sexo, faixa etária, escolaridade, profissão e/ou ocupação e tempo de utilização dos serviços de AB de sua área de abrangência territorial.

Quanto ao sexo, houve um predomínio de mulheres, sendo que dos 23 (vinte e três) participantes da pesquisa 14 (quatorze), ou seja, (61%) (sessenta e um por cento) eram do sexo feminino, conforme apresentado no gráfico, a seguir.

Gráfico 1 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo sexo. Passos, agosto de 2017.

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2017.

Ao analisar a literatura científica, observa-se que esses resultados encontram-se em consonância com estudos nacionais e internacionais, que ao caracterizarem, analisarem e avaliarem as expectativas e satisfação dos usuários da APS, mostram que a maioria da população que utiliza o serviço de saúde é do sexo feminino (HALCOMB, PETERS, DAVIES, 2013; PIRES et al., 2013; SEBO; HERRMANN; HALLER, 2015; VIEGAS, CARMO, PROFETA-DA-LUZ, 2015; BRASIL 2015e; ALFAQEEH et al., 2017).

A faixa etária dos participantes variou de 20 (vinte) a 72 (setenta e dois) anos, conforme tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo faixa etária. Passos-MG, agosto de 2017.

Faixa Etária	Nº de usuários	%
20 a 59 anos	12	53%
A partir de 60 anos	11	47%
Total	23	100%

Fonte: Passos, 2017.

Frente ao exposto, podemos identificar que os participantes se dividiam em adultos e idosos, ficando bem equilibrada a opinião expressa por ambas as faixas etárias.

Os resultados corroboram com um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em que foram entrevistados 65.391 (sessenta e cinco mil, trezentos e noventa e um) usuários da AB que utilizaram o serviço de saúde das Unidades Básicas que participaram do 1º Ciclo do PMAQ, apontando que a maioria (77,7%) (setenta e sete vírgula sete por cento) estava na faixa etária entre 18 (dezoito) e 59 (cinquenta e nove) anos (BRASIL, 2015e).

Quanto à escolaridade dos participantes, 8 (oito) usuários tinham cursado ensino fundamental completo e apenas 2 (dois), o superior completo, conforme pode ser visualizado no gráfico, a seguir:

Gráfico 2 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo escolaridade. Passos-MG, agosto de 2017.

Fonte: Arquivo da Pesquisadora, 2017.

A respeito da profissão e/ou ocupação, as categorias de análise foram divididas conforme o gráfico, a seguir:

Gráfico 3 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo Profissão e/ou Ocupação. Passos-MG, agosto de 2017.

Fonte: Arquivo da Pesquisadora, 2017.

Conforme o gráfico nº 3, 10 (dez) dos participantes são aposentados, representando 43,5% (quarenta e três vírgula cinco por cento); 8 (oito), ou seja, 34,8% (trinta e quatro vírgula oito por cento) possuem um trabalho não remunerado, como por exemplo, dona de casa; 3 (três) representando 13% (treze por cento) possuem trabalhos remunerados, 1 (um), que representa 4,35% (quatro vírgula trinta e cinco por cento), é estudante e 1 (um) também representando 4,35% (quatro vírgula trinta e cinco por cento) atualmente está desempregado.

No que se refere ao tempo de utilização de serviço, a maioria dos participantes – 65,3% – (sessenta e cinco vírgulas três por cento) utiliza os serviços de APS há mais de dez anos, conforme representado na tabela, a seguir.

Tabela 2 - Distribuição de usuários de serviços de APS de Passos-MG, participantes da pesquisa, segundo tempo (em anos) de utilização do serviço. Passos-MG, agosto de 2017.

Tempo de utilização do serviço de saúde	Nº de usuários	%
1 a 4 anos	7	30,4%
5 a 9 anos	1	4,3%
Mais de 10 anos	15	65,3%
Total	23	100%

Fonte: Arquivo da Pesquisadora, 2017.

Enfim, ao analisarmos a caracterização dos participantes da pesquisa, identificamos que a maioria é do sexo feminino, possui ensino fundamental completo ou incompleto, sendo que 43,5% (quarenta e três vírgula cinco) dos participantes são aposentados e 34,8% (trinta e quatro vírgula oito) relataram ter um trabalho não remunerado. Outro dado importante refere-se ao predomínio de participantes que utilizam o serviço de AB do seu território adscrito há mais de 10 (dez) anos.

Os conteúdos provenientes das falas dos usuários foram analisados e agrupados nos temas, a seguir.

5.2. O modelo de atenção à saúde e os atributos essenciais da APS

A partir da implementação do PACS e do PSF, centenas de experiências inovadoras na prestação de serviços vêm sendo desenvolvidas tanto no conteúdo das práticas – assistenciais, preventivas ou promocionais – e nas relações dos serviços com diversos grupos da população nas áreas de abrangência dos programas (TEIXEIRA, 2006; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Neste cenário, segundo Fertoni et al. (2015), a ESF constitui uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também busca a implementação dos princípios do SUS.

Os Sistemas de Atenção à Saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde (CONASS, 2015). Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se (des) organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados

uns com os outros. Além disso, a atenção é reativa, episódica e focada na doença (MENDES, 2012).

Estes sistemas fragmentados parecem fazer parte da percepção dos usuários, como expressa a fala dos participantes da pesquisa a seguir.

[...] dificilmente eu vou; só vou quando eu já cheguei no limite [...] ali é assim: eu vou hoje, para marcar para amanhã, às vezes, nem sempre é atendido [...]; nas unidades, só tem clínico pela manhã [...] (Part. 4).

A expectativa que eu tenho de ser atendida é cumprida, sempre que preciso vou mais cedo e consulto [...] tudo no mesmo dia, agenda e consulta na hora. [...] tem 12 fichas [...] mas não tem muita gente aguardando, chega gente até 8h e ela (médica) atende, se tiver ficha ainda [...] a consulta da médica é demorada, atenciosa [...] (Part. 2).

Eles me tratam muito bem, todas as vezes que eu levava meu irmão para buscar as receitas, ele era muito bem atendido. (Part.12).

Minha expectativa é chegar lá e ser atendida, conseguir sanar o meu problema, da minha enfermidade, e geralmente isto é difícil... (Part. 1).

Então você chega no PSF, o atendimento não é bom, eu estou questionando não por mim, porque, às vezes, é raro eu ir. É de fato em nome das pessoas que vão [...] então a pessoa vai lá no PSF, não é atendido ou vai demorar atender, qual é o percurso dele? Ir para a UPA [...] você espera até 30 dias para conseguir uma consulta com o médico (Part. 8).

[...] é aquele que resolva o nosso problema, que é urgente, quem está doente não pode esperar [...] (Part. 11) [usuário falando sobre o que é um bom serviço de saúde].

[...] é ir doente e voltar sem dor [...] (Part. 13) [usuário falando sobre o que é um bom serviço de saúde]

As falas acima parecem indicar que para alguns usuários, a unidade pode ser vista como um pronto atendimento, com foco no biológico. Percebemos também, ao analisá-las, que conseguir ou não uma consulta, principalmente com o médico da unidade, é um fator desencadeador de satisfação ou insatisfação, realidade essa em consonância com o estudo realizado por Arruda-Barbosa; Dantas e Oliveira (2011).

Os resultados mostram que os usuários têm a expectativa de a equipe ‘resolver o problema’, corroborando com pesquisas que identificaram que a percepção do usuário de que a equipe de saúde não procurou atender as suas necessidades e problemas internos na Unidade de Saúde gera uma insatisfação nele, usuário, com o serviço prestado. Consequentemente, essa insatisfação pode levar a uma diminuição da qualidade de vida, devido à falta de continuidade no uso dos serviços de saúde (PROTASIO et al, 2017).

Diante disso, Protasio et al. (2017) acrescentam que os gestores e as equipes de saúde, devem ter o compromisso contínuo de melhorar o acesso aos cuidados, atender as necessidades dos usuários e melhorar a organização do trabalho.

É importante salientar que os resultados apontam para necessidades voltadas ao biológico. Porém espera-se que, com a implementação da APS, principalmente em modelos com ESF implantada, as necessidades de saúde sejam compreendidas, conforme conceitua Cecílio (2009). Ou seja, como a busca de se ter boas condições de vida, absorver toda a tecnologia em saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, criar vínculos efetivos com os profissionais da equipe de saúde e, por fim, a necessidade de se assegurar graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Fertonani et al. (2015), ao resgatarem o debate acerca das formulações conceituais de modelo assistencial em saúde e dos desafios da Atenção Básica no Brasil, concluem que os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema brasileiro na atualidade.

Após realizar uma extensa revisão de literatura no período de 2002 a 2011, Arantes; Shimizu e Merchán-Hamann (2016) analisaram, sistematicamente, 98 (noventa e oito) artigos com o objetivo de identificar e analisar as principais contribuições e os desafios da ESF para o desenvolvimento da APS brasileira. Nessa direção, afirmam que um dos maiores desafios a serem enfrentados pelas equipes de saúde é superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico, corroborando as conclusões dos pesquisadores acima com os resultados identificados na presente investigação.

Há de se destacar que esses sistemas de saúde fragmentados devem ser substituídos por Sistemas Integrados de Atenção à Saúde, as RAS, onde um conjunto de serviços de saúde estão interligados entre si, com o objetivo de ofertar uma atenção contínua à uma população específica, sendo a porta de entrada preferencial a APS (MENDES, 2012).

A complexa situação epidemiológica vivida pela população brasileira, definida como tripla carga de doenças, envolve uma agenda de doenças agudas, doenças crônicas e as causas externas. As mudanças dos processos de atenção à saúde envolvem a organização de uma agenda que contemple os episódios agudos e às condições crônicas não agudizadas, às pessoas que utilizam em excesso os serviços de saúde, as ações preventivas, demandas administrativas, atenção domiciliar e os planos terapêuticos singulares (CONASS, 2015). Nesse sentido, é possível afirmarmos que as falas dos usuários indicam que a satisfação está relacionada tanto a condições crônicas (“buscar receitas”) quanto a situações agudas (“resolver nosso problema que é urgente”).

A organização dos sistemas de saúde em RAS, coordenada pela APS, pode causar um importante impacto significativo na saúde da comunidade, com custos suportáveis, estando delineada no arcabouço jurídico e político do SUS (RODRIGUES et.al.,2014).

A PNAB destaca a AB como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contra-fluxos de pessoa, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017). Ao se analisarem as falas dos participantes, percebemos que os mesmos reconhecem a AB do município como porta de entrada do sistema e ordenadora das RAS.

Lá sou muito bem atendida [...] mas se caso necessário for um atendimento de urgência, elas atendem, ou elas mesmo encaminham para a UPA [...] (Part. 9).

O meu médico resolve muita coisa ali [...] vejo que ele tenta resolver o máximo de coisas na unidade [...] só me encaminha em último caso. (Part. 17).

Eu acho que tem que ser bem recepcionado e direcionado. Se o problema não se resolve ali, tem que achar o lugar e direcionar onde ela pode resolver o problema. (Part. 19).

[...] se sou encaminhado para um especialista [...] elas recebem o encaminhamento, assim que é marcado entram em contato com a gente, tudo certinho, não tenho nada que reclamar [...] (Part. 3).

Para mim a assistência recebida na Unidade de Saúde é a melhor possível, eu procuro o PSF porque eu faço uso contínuo de medicação [...] (Part. 23).

Ao analisar as falas dos participantes da pesquisa, verifica-se que o reconhecimento da APS como porta de entrada preferencial do sistema foi, para alguns participantes da pesquisa, algo que lhes trouxe satisfação em algum momento em que necessitou do serviço de saúde.

Almeida e Santos (2016), ao aplicarem 1.590 (mil quinhentos e noventa) questionários em usuários da APS dos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, no estado da Bahia, verificaram que, nos três municípios, a maioria dos usuários afirmou conhecer o local de funcionamento da ESF, fortalecendo a estratégia como porta de entrada do sistema de saúde.

Quando questionados por nós, coordenadora dos grupos focais, sobre a existência de grupos de promoção da saúde, alguns usuários pontuam, mas não manifestam satisfação ou insatisfação. Além dos relatos expostos, a seguir, outros 4 (quatro) participantes relataram que, em momento algum, foram convidados a participar dos grupos de promoção da saúde.

[...] lá tem recreação para as pessoas com mais idade, eles fazem ginástica no parque de exposição (Part. 17).

[...] lá nós temos o grupo de idosos todas as terças-feiras; é feita a caminhada, aferição da pressão. Eu só não vou porque sou preguiçoso, mas eu sei que existe. A participação é mínima, vão tipo 6 pessoas (Part.11).

Aumentar a integralidade da assistência, ao priorizar serviços de prevenção abrangentes que vão além dos agravos e doenças mais prevalentes, é uma necessidade evidente pela limitada prática de ações de prevenção, autocuidado e suporte social, apontando a necessidade de investimento em ações pouco dispendiosas, como orientação nutricional e atividade física (ARAÚJO et al., 2014).

Na expectativa de desfazer a concepção biológica e curativa, é importante que as equipes de saúde invistam em práticas educativas, voltadas à promoção da saúde e baixo foco na doença durante a realização de atividades propostas para a população (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Cabe salientar que a mudança de paradigma envolve não somente aspectos referentes à percepção dos usuários (que está relacionada à satisfação), mas também relativos à equipe de saúde. Pesquisa mostra que, apesar de pensarem que a prevenção e a educação do paciente são tarefas importantes do cuidado primário, médicos europeus não estão suficientemente envolvidos na prevenção, pois relatam que os pacientes não apresentam interesse suficiente em serviços preventivos (PAPP et al., 2014).

Outro resultado encontrado na pesquisa diz respeito à insatisfação dos usuários que pode ser gerada por uma expectativa não condizente com a proposta da ESF. Seguem-se depoimentos nesse sentido:

Tenho expectativa também que os postinhos não tenham somente 1 médico, mas que tivesse pediatra, porque o mesmo médico atende todos [...] (Part. 13).

[...] lá não tem pediatra de jeito nenhum, você tem que correr para a UPA [...] tem gente que mora em ruas mais distantes e reclama de curativo. Eles saem com aquelas feridas feias na perna no sol [...] cada PSF tem só 1 técnico de enfermagem (Part. 10).

De acordo com a PNAB, a ESF é composta por, no mínimo, 1 (um) médico generalista, de preferência com formação em Medicina de Família e Comunidade; 1 enfermeiro; 1 auxiliar/técnico de enfermagem e ACS, de acordo com a base populacional; além de critérios demográficos e socioeconômicos, de acordo com a legislação local (BRASIL, 2017).

Essa composição está presente no município de Passos - MG, uma vez que a equipe de saúde é responsável pelo acompanhamento de toda a população cadastrada em seu território de abrangência. Os especialistas, como pediatra e ginecologista, estão presentes na Rede de Saúde Primária, em caráter complementar às ações da equipe, matriciando e auxiliando no cuidado

dispensado à população. Ainda assim, os resultados indicam que alguns usuários têm expectativa de um modelo diferente de ESF.

Outras insatisfações apontadas são decorrentes de estratégias de cuidado não realizadas pela equipe, embora sejam preconizadas para ESF e AB, como a visita domiciliar.

[...] o atendimento não é bom [...] o médico ali não vai na casa fazer visita nenhuma [...] falta esta função do PSF aproximar das famílias [...] a minha sogra ficou muitos anos acamada e nunca nenhum médico foi lá fazer uma visita [...] (Part. 8).

[...] o meu está a 200 metros da minha casa, nunca ninguém me visitou, quando vou lá não tem nada, tenho que perder o dia [...] (Part. 5).

[...] eu não vejo o médico fazendo visita para os acamados lá no bairro [...] meu cunhado era deficiente e não recebia [...] (Part. 20).

[...] o médico, nem se fala, ele não visita o meu esposo que é doente, ele nunca foi. A enfermeira vai muito pouco [...] nós tínhamos um médico e um enfermeiro que nos visitavam constantemente em casa, sem marcar ou esperar, isso me deixava muito satisfeita. Hoje não temos isto mais, porque eles saíram da equipe [...] (Part.18).

A visita domiciliar pode ser reconhecida nos dias atuais como uma ferramenta diferenciada e viabilizadora dos princípios da ESF, tais como a criação de vínculos com o usuário e sua família, conhecimento de seu território/domicílio e a longitudinalidade, características presentes no conceito da integralidade da atenção (BARBOSA et al,2016).

Protasio et al. (2017) afirmam, em sua pesquisa que, quando o usuário do sistema de saúde não recebe visita domiciliar, a taxa de satisfação com o serviço de saúde reduz em 25% (vinte e cinco por cento). Por meio da visita, o profissional de saúde é capaz de priorizar e analisar a realidade do usuário e desenvolver ações educativas (CONASS, 2015).

É atribuição comum a todos os profissionais das equipes de AB realizar visitas e atendimentos no domicílio às famílias e as pessoas existentes em seu território. Essas funções devem ser desempenhadas conforme o planejamento da equipe de saúde. (BRASIL, 2017).

A proposta de realização de visita domiciliar na formação de médicos na perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, como estratégia pedagógica, sanitária e assistencial, possibilitou às pesquisadoras Romanholi e Cyrino (2012) admitirem que a visita domiciliar possibilita ao estudante de medicina desenvolver habilidades de comunicação, observação, construção de vínculo com o outro, aproximação com a realidade e com o cotidiano das famílias, e compreensão sobre as condições de saúde da população brasileira, inserida em propostas de ampliação da formação de profissionais de saúde na APS.

Além da visita realizada pelo médico e pelo enfermeiro, os usuários também demonstram insatisfações com as visitas realizadas pelo ACS, como pode ser observado, a seguir.

O ACS passa 1 a 2 vezes no mês para assinar [...] eles não têm estrutura [...] (Part. 8).

[...] tem 5 anos que a minha não passa lá, nem para assinar [...] os ACS não são para ficar lá no meio dos pacientes [...] fica até ruim chegar lá e ver aquele tanto de ACS [...] (Part. 11).

Lá é muito apertado, quase não cabe as pessoas lá dentro, vejo que tem mais ACS do que pacientes [...] eles têm que sair para a rua [...] (Part. 10).

[...] acho que, na minha casa, por não ter nenhum agravo ou pessoa mais adoentada, passa a cada 3 meses mais ou menos (Part. 19).

[...] recebo a visita do ACS, mas lá está muito demorado. Teve uma temporada que ela teve que trabalhar na área da zoonose também, cobrindo o serviço para ajudar a zoonose, passei 5 meses sem nenhuma visita (Part. 18).

[...] sobre as visitas, chegam com a prancheta, perguntam se está tudo bem e pedem a assinatura [...] um dia me perguntaram se eu estava precisando de alguma coisa, eu respondi que sim, precisava de uma ficha, aí ela falou que eu tinha que ir lá marcar. Não entendi porque perguntam, se não podem resolver as coisas (Part. 20).

O ACS pergunta se está precisando de alguma coisa, mas eu nunca sei o que está acontecendo na Unidade de Saúde (Part. 22).

A visita do ACS é 2 vezes no mês, é um 'assina aqui', mas também pergunta se eu estou passando bem, e se precisa de alguma coisa (Part. 15).

Na minha visita, além de me perguntar se estou bem, se estou precisando de alguma coisa, caso for consulta ela marca para mim e volta para dar a resposta (Part. 23).

O ACS é o elemento-chave da AB, atuando como elo entre a comunidade e os serviços. Para Garcia et al. (2017), é ele que está presente no cotidiano dos lares, quem vivencia os problemas específicos de saúde e os sociais. A realização de visita domiciliar constitui o centro do trabalho do ACS e é prevista como uma das suas atribuições. De acordo com a PNAB, a frequência da realização das visitas fundamenta-se na recomendação da referida política como uma visita/família/mês, e os usuários com maior vulnerabilidade serão definidos como prioridade no acompanhamento realizado pelos ACS (BRASIL, 2012).

Vários estudos sobre satisfação dos usuários da AB apontam que os usuários gostariam que os ACS visitassem suas residências com mais frequência, conforme dado também encontrado neste estudo (LIMA et al., 2015; BARBOSA et al., 2016).

Ao analisar as percepções de 364 (trezentos e sessenta e quatro) usuários da AB de um município de pequeno porte do interior de Minas Gerais sobre o trabalho do ACS, Barbosa et al. (2016) apontaram como resultados que 50,5% (cinquenta vírgula cinco por cento) dos usuários relataram receber uma visita/mês periodicamente e em 50,3% (cinquenta vírgula três por cento) dos casos a duração de 5 (cinco) minutos foi a mais relatada. A maioria das visitas ocorreu no portão dos domicílios – 63% – (sessenta e três por cento), e a maior parte dos temas abordados durante a visita domiciliar – 89% – (oitenta e nove por cento) foi relacionada a doenças ou a estado de saúde dos usuários. Percebemos, nas falas dos usuários, a presença de insatisfação não somente com a frequência das visitas, mas também com a forma como as mesmas são realizadas e com a formação dos ACS.

Segundo os pesquisadores Kebian e Acioli (2014) e Lima et al. (2015), uma das justificativas do número reduzido de visitas domiciliares realizadas pelo médico, enfermeiro e ACS é a alta demanda de consultas dentro da unidade, não sobrando tempo para as visitas domiciliares. Outros fatores citados pelos pesquisadores, como necessidade de comparecer mais de uma vez por mês na mesma família e o número de famílias cadastradas além do estipulado na PNAB, contribuem para o adiamento das visitas domiciliares. Apesar de a literatura apontar algumas justificativas, compreendemos a necessidade de investigações locais para melhoria da assistência e implementação da proposta de ESF.

Chamou atenção a fala, a seguir, que traz alguns indícios de pequena evolução na compreensão de AB, mas ainda centrada no médico.

A minha expectativa era que realmente as Unidades Básicas de Saúde pudessem cumprir o seu papel do jeito que foi pensado, não como se fosse ambulatório e as pessoas terem que ir lá para serem atendidas [...] o postinho é só uma unidade-base [...] o ideal seria que as equipes fossem até as pessoas que estavam precisando, através dos ACS, que levassem os médicos para verem as pessoas [...] (Part. 11).

Na fala em tela, o participante dá alguns indícios sobre acesso às ações e ao serviço de saúde. Starfield (2004) define acesso como um atributo essencial da APS, o qual se caracteriza por ter um serviço como porta de entrada a cada novo problema de saúde, ou mesmo episódio de um mesmo problema. Este atributo possui um componente de estrutura (acessibilidade) e outro de desempenho (utilização ou acesso).

Fekete (1997), em uma compreensão ampliada, define acessibilidade como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. O estudo da acessibilidade deve considerar limites de espaço e tempo, com a finalidade de definir um conjunto de fenômenos aos quais se aplica o conceito

dentro dos modos de organização da assistência à saúde. A acessibilidade resulta da combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (FEKETE, 1997).

A acessibilidade geográfica reflete na distância média entre a população e os recursos, devendo ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde (FEKETE, 1997).

As falas dos participantes abaixo indicam a dimensão geográfica do acesso.

[...] eu uso carro para ir até a Unidade de Saúde, é um pouco longe, mas isso não me incomoda (Part. 2).

[...] a Unidade de Saúde é perto da minha casa (Part. 22).

[...] o atendimento é perto da minha residência [...] (Part. 6).

O posto de saúde é perto da minha casa, vou a pé [...] (Part. 4).

Uso o carro para ir na Unidade de Saúde, mas não vejo problema nisso (Part. 3).

[...] eu moro perto do PSF, mas tem muita gente que mora longe e reclama [...] (Part.10).

[...] moro perto e não tenho dificuldade de marcar consulta (Part.15).

[...] eu fico satisfeita porque o PSF é pertinho da minha casa (Part.14).

[...] tenho muita dificuldade para ir na UBS, porque fica longe da minha casa, tem até uma UBS perto da minha casa, mas eu não pertenço lá [...] (Part. 1).

Percebemos, nas falas dos participantes, que ter a Unidade de Saúde perto da sua casa, ou um meio de transporte próprio a fim de acessá-la, é um fator que desencadeia a satisfação do usuário, ao utilizar os serviços de saúde. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Azevedo e Costa (2010), no qual prováveis barreiras no trajeto não foram referidas como limitantes.

Resultados semelhantes a este estudo foram encontrados também por Bonello e Corrêa (2014) no qual a maioria dos entrevistados não manifestou dificuldade para chegar à Unidade de Saúde, gastando menos de 30 (trinta) minutos para chegar lá.

Entretanto pesquisa internacional realizada por Alfaqeeh et al. (2017), com o objetivo de analisar os fatores que influenciam o acesso aos cuidados primários de saúde, em áreas urbanas e rurais da província de Riyadh, na Arábia Saudita, identificou que a distância foi o maior dificultador do acesso e da utilização destes serviços, relatado por pacientes moradores da zona rural dessa província. Consideramos que a diferença possa ocorrer em decorrência de

as Unidades de Passos estarem localizadas apenas em área urbana, e que usuários que pertencem à zona rural da cidade não participaram da pesquisa.

Outra dimensão da acessibilidade é a organizacional que está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na entrada do sistema de saúde, tais como demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário, bem como os turnos de funcionamento. O segundo obstáculo pode ser encontrado no interior dos serviços, como é o caso do tempo de espera para ser atendido pelo médico e fazer exames laboratoriais (FEKETE, 1997).

Os resultados encontrados apresentam que essa dimensão esteve presente na fala dos participantes, com o conteúdo predominante de insatisfação.

[...] uma coisa que eu acho ruim é ‘tipo’ você vai hoje marcar uma consulta, tá precisando muito, tá com dor, em vez deles atenderem no mesmo dia, eles vão marcar para mais de uma semana, aí até já melhorou [...] (Part. 12).

[...] tenho que ir na UPA, lá no meu ambulatório [...] ali é assim: eu vou hoje, para marcar para amanhã, às vezes, nem sempre é atendido [...] no meu caso que eu pego receita de antidepressivo, tenho que esperar e passo até mal por falta do remédio [...] quando uma consulta médica é desmarcada, ninguém avisa. Nós ficamos sabendo na hora que chega no posto [...] nas unidades só tem clínico pela manhã [...] conforme o caso eles não dão muita importância, porque não sei se está no alcance [...] fui lá passando mal, não me atenderam, tive que pegar um táxi para ir para o pronto-socorro [...] o meu problema tinha que ser resolvido na Unidade de Saúde perto da minha casa” (Part. 4).

[...] às vezes, você está ruim e já foi lá na emergência e ainda chegou lá e não consegue ser atendida naquele dia porque não sobrou vaga; todo mundo já pegou as vagas no dia anterior [...] tenho que ir para a UPA [...] lá primeiro você tem que ir 1 dia antes, para marcar para um outro dia, acho que são de 8 a 10 fichas. Às vezes, nem consegue marcar para o outro dia [...] tive um problema com minha irmã que passou mal, ninguém pôde ir na minha casa ajudar, tive que levar ela na emergência porque também não tem atendimento para o dia no posto de saúde (Part. 1).

[...] acho ruim ter número limitado de ficha. Deveria ter vagas para as pessoas que chegam passando mal, que deveriam ser atendidas independente de ter acabado as fichas ou não, e vejo que o médico ainda está ali e não atende [...] (Part. 4).

O estudo realizado por Gomide et al. (2017) corrobora com os resultados desta pesquisa. Ao entrevistarem 514 (quinhentos e quatorze) usuários do serviço de APS, de um município do interior de São Paulo, na UPA, com ênfase no motivo que os fez procurar aquela unidade de emergência ao invés de procurar a AB do seu bairro, uma vez que seu problema ou queixa de saúde poderia ser resolvida no primeiro nível de atenção, 87,3% (oitenta e sete vírgula três por cento) relataram que não conseguiam atendimento no dia e que o agendamento demora em

média 58 (cinquenta e oito) dias. Somente 12,7% (doze vírgula sete por cento) procuraram suas Unidades de Saúde de referência; porém não obtiveram resolutividade, vindo a procurar, posteriormente, os serviços de emergência do município.

Pesquisa realizada em 7 (sete) países da Europa demonstrou que os pacientes desejam chegar aos médicos imediatamente, quando precisam deles, o que significa acesso rápido e fácil com curto tempo de espera. Essa alta expectativa dos pacientes leva a uma frustração dos profissionais de saúde. O nível de tolerância de um paciente finlandês é de 1 (uma) semana em casos não agudos. Já na Hungria, na Lituânia e na Espanha, qualquer espera que restrinja o cuidado imediato é negativamente percebida (PAPP et al., 2014). A maioria das falas descritas no bloco de depoimentos anteriormente citados mostra que os usuários têm a expectativa de acesso rápido em situações agudas. Mas também chamou a atenção a fala de um usuário que, em necessidade de acompanhamento terapêutico, também não conseguiu atendimento.

O acesso rápido às consultas é um fator que influencia a experiência relatada pelos pacientes, por meio da pesquisa realizada por Campbell et al. (2013) nos centros de saúde de Devon e Cornwall na Inglaterra, em satisfação geral com a provisão de serviços. A territorialização e a adscrição de clientela facilitam o acesso rápido aos cuidados de saúde.

Um dos fatores a ser considerado sobre a dificuldade de acesso é o número de pessoas vinculadas à equipe de saúde. A PNAB (BRASIL, 2017), a fim de fortalecer a coordenação do cuidado, melhorar o acesso e a resolutividade das equipes, recomenda que a população adscrita por equipe seja de 2.000 (duas mil) a 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas de acordo com a vulnerabilidade social.

Analisando alguns relatos que emergiram durante a realização dos grupos focais, verificamos que a densidade populacional adscrita a uma determinada equipe de saúde gera sentimentos de satisfação quando a clientela é pequena; e insatisfação, quando o número de pessoas cadastradas extrapola o recomendado pelo Ministério da Saúde.

[...] sinceramente o atendimento é muito bom, lá também não tem muita gente, eu vejo em outros PSFs, lá é pouca gente (Part. 17).

[...] eu vou falar mais em nome da comunidade, eu recebo muita reclamação [...] por exemplo, uma região com mais de 8000 moradores, o atendimento do médico, às vezes, você vai marcar uma consulta você espera até 30 dias para conseguir, entendeu? (Part. 8).

Lá no meu é muita demanda [...] lá está um caos, devem ter mais de 5000 pessoas usando a unidade, lá está sobrecarregado demais da conta [...] esperava até 4 meses para uma consulta (Part. 20).

Um estudo realizado por Eide et al. (2016), na Noruega, avaliou que médicos que possuem uma lista média ou pequena de pacientes vinculados aos centros de saúde tinham tempos de espera menores e mais tempo para se dedicar aos seus pacientes dentro do consultório, gerando assim satisfação com a qualidade da assistência recebida.

Os resultados identificados corroboram com os encontrados por Carroll et al. (2016, 2016b), que aplicaram o PCATool, versão adulto, em 6 (seis) equipes de saúde familiar, com as quais vários profissionais de saúde faziam residência multiprofissional, na cidade de Ontário – Canadá, em que foram avaliados os atributos essenciais da APS. A menor nota foi atribuída ao acesso, principalmente na forma de como os serviços estavam organizados. A queixa principal dos pacientes era que não tinham garantido seu retorno às consultas médicas, a dificuldade de conseguir consulta no mesmo dia, em caso de urgência, e a falta de informação quanto ao papel e ao escopo dos membros da equipe não médicos.

Diferindo dos resultados aqui encontrados, pesquisa realizada por Lima; Souza e Primo (2015) – ao avaliarem a qualidade da ESF na perspectiva dos usuários, utilizando como coleta de dados o PCATool, versão adulto, nas UBS de um município do estado do Espírito Santo – identificou que o acesso obteve maior nota na perspectiva das usuárias, o que demonstra que as mesmas têm chegado às Unidades de Saúde do município. Porém, quando avaliada a acessibilidade, obteve-se o menor valor atribuído, apontando um problema no serviço de saúde, uma vez que este atributo não consiste apenas no acesso ou chegada dos usuários ao serviço, mas perpassa vários pontos relacionados ao acolhimento e à humanização das ações ofertadas.

As barreiras que impossibilitam a acessibilidade nos horários de funcionamento da UBS podem repercutir em uma baixa resolutividade e até no colapso desnecessário de estabelecimentos de níveis de maior densidade tecnológica de assistência (ARAÚJO et al., 2014).

Segundo o CONASS (2015), a organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco, significando também, capacitar as equipes de APS para atendimento de urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores.

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o acolhimento deve estar presente em todas as relações que envolvem o cuidado e entre as relações que envolvem trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2011c).

Para Rocha et al. (2017), o acolhimento está diretamente relacionado a uma postura ética da equipe de saúde que respeita a singularidade de cada caso, desde o momento da entrada até

a saída do usuário na UBS, construindo em conjunto com o usuário o seu melhor percurso para a saúde.

Segundo a PNAB, realizar um acolhimento com classificação de risco, identificando precocemente as necessidades de cuidado, de forma humanizada e continua durante todo o horário de funcionamento da UBS são atribuições comuns que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2017).

Acolher à demanda espontânea na AB pode se estabelecer como um mecanismo de ampliação do acesso, em que os profissionais de saúde atendem a todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde de acordo com a sua necessidade, facilitando o acesso e reorganizando o processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2017).

Percebe-se, a seguir, pelas falas dos participantes desta pesquisa, que, diferente do apresentado até o momento, a organização do processo de trabalho pode desencadear um acolhimento realizado de forma que fomente a satisfação do usuário com os serviços de saúde.

Lá sou muito bem atendida, tudo que eu espero de um PSF lá eu encontro [...] eu sou muito bem atendida, mas tem que marcar consulta [...] mas se caso necessário for um atendimento de urgência, elas atendem, ou elas mesmo encaminham para a UPA [...] (Part. 9).

[...] consultas, as vezes que precisei eu consegui, mas já vi pessoas que não conseguiram [...] eu procuro a enfermeira, converso, explico o problema e sou atendida [...] (Part. 22).

[...] lá a agenda é longa, mas se for urgente os enfermeiros fazem a triagem, passam na frente se for preferencial [...] (Part. 19).

[...] toda vez que eu vou lá, se preciso de uma consulta, falo que é urgente e elas conseguem na hora, elas encaixam [...] (Part. 10).

[...] às vezes a consulta é marcada com 30 dias, mas as vezes eu fico doente, vou lá converso com elas, me colocam para consultar [...] (Part. 15).

[...] já teve caso de estar sentindo muita dor e chegar lá e a médica me atender porque estava lá e fazer a injeção para a dor lá mesmo durante o atendimento, dentro do consultório dela, isso me deixou muito satisfeita (Part. 20).

Estudo desenvolvido por Sena; Ferreira e Oliveira (2015) corrobora com os achados desta pesquisa. Ambos, pesquisadores e falas dos participantes deste estudo, concluem que os usuários, de modo geral, demonstraram estar satisfeitos quando acolhidos pela equipe de saúde, e relatam que o processo de trabalho ficou mais resolutivo e organizado.

Contudo, Altin e Stock (2015), em uma pesquisa realizada na Alemanha, verificaram que os usuários que conheciam a organização e o funcionamento do sistema de saúde, tiveram experiências positivas em relação à coordenação dos cuidados e ao acesso, aumentando a

satisfação no que diz respeito a estes atributos. Segundo os autores, este resultado reforça a importância de as equipes de saúde em orientarem a população sobre os processos e estruturas de um serviço de saúde.

Quando uma equipe de saúde não possui um processo estruturado para o acolhimento com avaliação e classificação de risco, é observado, na Unidade de Saúde, a formação de filas para suprir a demanda. A recepção por ordem de chegada causa demora no atendimento, insatisfação do paciente e ainda pode ter problemas com o risco da espera do atendimento (ROCHA et al., 2017). As falas dos participantes da pesquisa pinçadas, em seguida, corroboram com este estudo.

[...] no mesmo dia tinha uma menina com meningite lá, em vez dela pegar o telefone, chamar o bombeiro ou o SAMU, o que for, para levar a menina para o atendimento, mandou a menina aguardar a consulta médica. A menina ficou 2 horas lá com meningite [...] falta informação para as atendentes [...] falta informação para dar o encaminhamento [...] (Part. 11).

As consultas lá são agendadas com um prazo de 1 semana a 10 dias, o que acontece, o dia que minha consulta está marcada, nós disputamos de manhãzinha quem chega primeiro, porque é por ordem de chegada, e não pela lista que foi agendada [...] se cada um tivesse hora marcada e fosse atendido na hora do seu horário agendado seria nota 10 (Part. 3).

Na revisão integrativa realizada por Rocha, Bocchi e Godoy (2016), com a finalidade de analisar a produção científica nacional e internacional referente ao incremento do acesso na APS, após a análise sistemática de 16 (dezesesseis) artigos publicados, os autores concluíram que o acesso oportuno aos cuidados primários de saúde ainda é um problema em muitos países. Ainda, estes autores consideram o acesso oportuno como a capacidade de se obter um agendamento tão rápido quanto possível, permitindo que o usuário obtenha assistência das condições agudas, que poderiam resultar em custos e visitas desnecessários aos serviços de urgência.

Ao analisarem 14 (quatorze) artigos sobre avaliação dos atributos da APS, por meio do PCATool, no Brasil, os pesquisadores Paula et al. (2016) encontraram fatores que dificultam o acesso, sendo eles, problemas organizacionais que se transformam em barreiras impostas pela própria equipe de saúde, como por exemplo o agendamento de consultas, com dias e horários fixos para agendamento, longo tempo de espera entre a marcação e o dia da consulta e a inexistência de um canal de comunicação direto com a UBS, como um telefone, para marcar consulta ou receber um aconselhamento caso seja necessário. Salienta-se a presença de alguns desses fatores nas falas dos usuários inseridas no bloco anterior, gerando insatisfação.

Uma alternativa promissora encontrada para equilibrar capacidade e demanda, reduzindo, simultaneamente, o tempo de espera é o acesso avançado, que tem como objetivo começar a trabalhar com consultas suficientes para demanda daquele dia, não restringir consultas futuras e priorizar a continuidade. Porém essa prática requer comprometimento, tempo para implementação, apoio administrativo e cooperação dos médicos (ROCHA, BOCCHI e GODOY, 2016; CARROLL et al., 2016b).

Ansell et al. (2017) acrescentam que, além do acesso avançado, a busca ativa ou retorno garantido aos cuidados programáticos e a presença de profissionais de enfermagem que realizam a triagem e acolhimento são intervenções que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde. Tais intervenções devem ser realizadas, a fim de se conseguir tempos de espera mais curtos para o acesso na APS, diminuindo, conseqüentemente, a procura dos indivíduos aos serviços de urgência devido a uma piora no estado de saúde dos pacientes.

Alguns relatos dos participantes demonstram longas esperas para se conseguir um atendimento na Unidade de Saúde; utilização de serviços de urgências como porta de entrada e resolução dos problemas urgentes na visão do usuário; falta de profissional médico na Unidade de Saúde e número limitado de “fichas”, como um forte indício de falta de acolhimento e demanda atendida por ordem de chegada, sem critério de classificação de risco.

[...] então a pessoa vai lá no PSF, não é atendido ou vai demorar atender, qual é o percurso dele? Ir para a UPA [...] você espera até 30 dias para conseguir uma consulta com o médico [...] vamos supor que a pessoa esteja, sem condições de estar indo no PSF, para pegar a receita, outra pessoa não pode (Part. 8).

[...] se eu passar mal deste tipo, se eu não correr para a UPA, e for para o posto, eles não têm como conduzir a gente, porque não tem médico todo dia (Part. 3).

[...] o povo reclama muito da demora da consulta [...] a assistência lá é regular, tem boa vontade deles lá, mas o sistema é demorado (Part. 7).

[...] chegamos às 7h, e já é atendida [...] tudo no mesmo dia, agenda e consulta na hora. [...] tem 12 fichas [...] mas não tem muita gente aguardando, chega gente até 8h e ela (médica) atende, se tiver ficha ainda (Part. 2).

As falas em tela continuam apontando aspectos da dimensão organizacional do acesso, como também indicam que se pode fazer uma articulação com a dimensão técnica. Segundo Assis e Jesus (2012), a dimensão técnica do acesso objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores e os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário no centro do processo da atenção à saúde. Para que isso ocorra é necessário que haja o acolhimento, a fim de se construir uma nova prática em saúde, além do vínculo que estabelece as trocas do

conhecimento técnico e popular e a autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado.

Abordagens centradas no paciente para prestação de cuidados de saúde têm o seu valor reconhecido por meio da pesquisa realizada por Lionis et al. (2017), em que, nos seus achados, constataram que as expectativas dos pacientes gregos estão sendo atendidas, pois esse tipo de abordagem melhorou o acesso e a integralidade dos cuidados.

Os resultados corroboram com estudo de Cecílio et al. (2012), que tiveram a oportunidade de observar como são reconhecidos e valorizados pelos usuários os momentos de cuidado e vínculo. Também foram observados, em especial, como os profissionais identificam e respondem a necessidade de flexibilização do acesso para atender a uma demanda mais aguda; porém, em caso de urgência, os usuários deixam claro que ir na UBS é ‘perder tempo’, sendo os serviços de urgência do município a melhor opção.

Os achados de Cecílio et al. (2012) indicam que os usuários parecem perceber, claramente, o que podem e o que não podem esperar do serviço de AB. Por exemplo, podem obter medicamentos de modo gratuito, consulta médica mediante agendamento, mas sabem que não podem contar, efetivamente, com a equipe em situações de urgência – o que também parece ser a perspectiva de alguns usuários participantes desta pesquisa.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são vistas pelos usuários da AB como mais resolutivas que as UBS, especialmente pela maior disponibilidade de recursos tecnológicos, como exames laboratoriais e RX. Além disso, eles, usuários, não precisam nem marcar consulta para conseguir atendimento, tendo o acesso para resolução do seu problema garantido (CACCIA-BAVA et al., 2011).

O estudo de Baratieri et al. (2017) indicou a falta de perspectiva por parte dos usuários em aderir ações de prevenção e promoção da saúde quando buscam a UPA com queixas que poderiam ser resolvidas na própria UBS de sua área de abrangência. A pesquisa identificou a busca diária dos usuários por uma assistência continua centrada no médico e resolução imediata de problemas de saúde que os mesmos julgam urgentes. Isso é possível graças a um acolhimento deficitário na APS, no qual fortalece a dificuldade no acesso e baixa o poder de resolutividade da equipe de saúde, fazendo com que os usuários optem pelos serviços de urgência, sobrecarregando assim este setor, o que também parece acontecer em Passos, de acordo com as falas dos usuários.

As insatisfações dos usuários também estão relacionadas ao acesso à média complexidade, o que também se articula à falta de integralidade no Sistema. É importante

ressaltar que a integralidade apresenta vários conceitos; porém, nesta pesquisa, considera-se a definição de Starfield (2004) que se traduz nas ações que os serviços de saúde devem oferecer para que os usuários recebam atenção integral. Os resultados inicialmente apontam para insatisfações referentes a procedimentos e encaminhamentos.

[...] o problema não é ali [...] de repente você está com um encaminhamento ou um exame, e não está marcando [...] porque ali elas fazem o que elas podem [...] a partir do momento em que você é encaminhado ou sai do consultório com um pedido e não consegue marcar, me gera uma insatisfação [...] gostaria de saber em que posição estou na fila de espera para o especialista, porque elas falam que vão te ligar, e já estou 1 ano esperando e nada, e o exame que você faz para mostrar está até vencido [...] para ficar bom acho que deveria marcar os exames mais rápido (Part. 4).

[...] os exames é o mesmo problema da outra: precisei marcar outra consulta em outro lugar, foi 1 ano para conseguir, exame de sangue e RX vai uns 8 meses (Part. 2).

[...] o problema é depois que sai de lá, precisei de um ecocardiograma [...] aí acabou (Part. 17).

[...] um único problema são os exames que estão demorando ... porque para pagar é muito caro e a gente não tem condição (Part. 14).

[...] está muito demorado a gente conseguir um encaminhamento, a gente vai com o médico do PSF, mas quando precisa ir em outros médicos, está difícil, demorado, quase impossível (Part. 18).

[...] em algumas especialidades eu não consigo ser atendida [...] e o PSF perde todo o trabalho (Part. 22).

[...] com relação a exames, receitas, medicamentos, posso dizer que tenho dificuldade em conseguir, tenho que sair da minha casa, ir no posto e depois sair de lá para ir atrás dos medicamentos e, às vezes, acontece de chegar lá e ter acabado [...] (Part. 21).

[...] quando preciso de um exame ou encaminhamento o médico me dá. O difícil mesmo é marcar estes pedidos [...] poderia ter um quadro de vagas para todos os postos visualizarem [...] para verem se a distribuição é igual [...] tive que marcar consulta particular para a minha irmã [...] porque cansei de esperar pelo SUS (Part. 1).

[...] fiz um exame de 1500 reais, com muito custo a prefeitura pagou [...] até hoje estou sem mostrar o exame. Agora tenho que fazer novo exame, porque o velho não vale mais, então é isso que deixa a gente muito chateado (Part. 11).

[...] a demora em conseguir as consultas e exames me deixa insatisfeito, sinto que tem baixa resolatividade (Part. 7).

A demora em marcar exames me deixa insatisfeita [...] daí a gente não culpa o PSF e sim a regulação [...] (Part. 9).

Agora o que me deixa insatisfeita é os exames demorados, eu já tive que pagar exames, porque demorava demais (Part.15).

Os dados vão ao encontro dos resultados de uma pesquisa realizada em dois municípios do ABC paulista, na qual os pesquisadores afirmam que o acesso à média e à alta complexidade é a grande dificuldade vivida pelos usuários, e, ao mesmo tempo, o seu objeto de desejo (CECILIO et al.,2012).

Nos resultados apresentados por Almeida e Santos (2016), a função de porta de entrada preferencial pela APS deparava-se com uma forte concorrência de serviços ambulatoriais hospitalares e de pronto atendimentos desarticulados na rede de saúde do estado da Bahia. As filas e os longos tempos de espera para Atenção Especializada foram situações comuns vivenciada pelos usuários – situação também encontrada nesta pesquisa.

A oferta insuficiente ou inexistente de consultas em muitas especialidades faz com que os gestores encontrem muita dificuldade para garantir o acesso ao atendimento especializado aos seus munícipes, segundo relatam Silva et al. (2017), ao analisarem a oferta de consultas especializadas pelo SUS em municípios de pequeno porte do estado do Paraná. Os autores apontam que as possíveis causas deste problema são a quantidade de vagas abaixo do normatizado, número insuficiente de médicos, dificuldade de fixação dos médicos no interior, alta dependência do setor privado, redução da participação da União e do Estado na oferta e no financiamento dos serviços.

A visão dos usuários sobre resolutividade da assistência está associada à realização de encaminhamentos para atendimentos especializados, o que dá indícios de que a ESF esteja funcionando como uma porta de entrada para o restante do sistema, fortalecendo o enfoque biológico e fragmentado (ROSA, PELEGRINE; LIMA, 2011), o que também parece acontecer em Passos-MG, segundo as perspectivas dos usuários participantes.

Cabe ressaltar que uma pesquisa realizada em Minas Gerais, com o objetivo de caracterizar as ações judiciais para acesso a procedimentos de média e alta complexidade no SUS, no período de 1999 a 2009, identificou um alto percentual de cobertura de procedimentos do SUS para procedimentos judicializados. Isso leva a crer que a judicialização passa a funcionar como uma via de acesso às ações que são componentes do rol de ofertas do SUS, sinalizando gargalos nas linhas de cuidado e dificuldades da garantia da integralidade da saúde. Ou seja, nos dispositivos legais, o sistema oferta o serviço de forma universal, mas não consegue atender as demandas integralmente (GOMES et al., 2014).

Por meio da fala do Part. 2, é constatado que a falta de integralidade dos serviços na oferta de ações e serviços, para complementar a linha de cuidado, de acordo com a necessidade do usuário e do profissional de saúde, provoca a insatisfação do usuário.

[...] teve um dia que eu estava muito ruim, cheguei no posto e a médica já me atendeu muito bem, já foi receitando o remédio, mas me disse que eu teria que comprar tudo, porque não tem na farmácia popular, isso já me deixou insatisfeita, tive que pagar também todos os exames que ela pediu [...] (Part. 2).

A literatura aponta que integralidade dos serviços na oferta de ações está relacionada à satisfação dos usuários. Em um estudo internacional realizado por Koslov et al. (2016) após a estruturação dos serviços de um departamento acadêmico de Medicina Familiar com ênfase na integralidade das ações, o índice de satisfação dos usuários aumentou de 85% (oitenta e cinco por cento) para 87% (oitenta e sete por cento), com a superação das divisões internas de cada departamento de saúde.

A referência de usuários para outros níveis de atenção envolve não somente a integralidade como também a coordenação da atenção. As falas a seguir demonstram satisfação com a coordenação da atenção.

[...] se sou encaminhado para um especialista [...] elas recebem o encaminhamento, assim que é marcado entram em contato com a gente, tudo certinho, não tenho nada que reclamar (Part. 3).

[...] um dia deixei o exame do meu marido lá na unidade para a médica ver [...] ela encaminhou para outro local, onde fui, e elas mantiveram a assistência integral [...] eu posso dizer por mim e por muita gente lá que nós temos uma boa assistência (Part. 9).

[...] depois que começou lá a doutora, fez uma organização lá no PSF [...] as enfermeiras ‘vai’ na casa fazer curativo [...] quando preciso de mamografia não preciso ir no postinho, elas já levam o pedido para mim, e não é só na minha casa, é na casa de todo mundo que elas vão [...] uma coisa é importante: a doutora chega pontualmente, até antes dos pacientes (Part. 13).

A coordenação da atenção está diretamente relacionada a capacidade de garantir o seguimento da linha de cuidado e a continuidade da atenção, por meio do acompanhamento da equipe de saúde, nos quais conhecem os principais problemas de saúde das pessoas de seu território de abrangência e facilita a comunicação das RAS (CONASS, 2015). Neste movimento caso o usuário acesse outro ponto de atenção, que não seja a AB, como porta de entrada da RAS, ele deverá ser acolhido e referenciado a sua unidade de saúde de origem, para que a continuidade do cuidado seja assegurada (BRASIL, 2017).

Em consonância com estas definições, as pesquisadoras Almeida, Marin e Casotti (2017) afirmam que este atributo é uma condição necessária para o alcance da integralidade, sendo capaz de atender as necessidades de saúde das pessoas que procuram pelo serviço de saúde.

Com base nos resultados do componente de avaliação externa do 1º Ciclo PMAQ-AB, na cidade do Rio de Janeiro, as pesquisadoras Almeida, Marin e Casotti (2017) analisaram variáveis que compõem duas importantes estratégias associadas à consolidação da coordenação do cuidado. A primeira é a organização da porta de entrada por meio do acolhimento, atendimento à demanda espontânea e atendimento de urgência e emergência. A outra se faz por meio de integração da RAS, entendendo que uma APS coordenadora do cuidado deve ser capaz de realizar o agendamento para sua Rede de Referência e de monitorar as filas e os tempos de espera para a Atenção Especializada. Os resultados identificados na presente pesquisa mostram satisfação dos usuários com a APS de Passos acerca do agendamento para Rede de Referência; mas insatisfação, com o tempo de espera para média complexidade.

Aleluia et al. (2017) avaliaram a coordenação do cuidado no âmbito da APS em um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia e apontaram obstáculos para coordenação do cuidado. Esses obstáculos variavam nas questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes, como por exemplo, ausência de protocolos de encaminhamento, gestão da fila de espera, utilização de referência e contrarreferência, classificação de risco da família e do usuário, bem como as vinculadas à organização da oferta na rede de serviços e apoio da gestão municipal.

Os dados encontrados nesta pesquisa indicam que há gestão da fila de espera. A Part. 9 enfatizou: “A demora em marcar exames me deixa insatisfeita [...] daí a gente não culpa o PSF; e sim, a regulação [...]”. Mas a forma como são distribuídos os serviços não está clara para os usuários, conforme relatou a Part. 1: “[...] poderia ter um quadro de vagas para todos os postos visualizarem [...]”, gerando insatisfação.

Uma coordenação efetiva do cuidado se sustenta em três pilares de coordenação: a da informação – compreendendo diversas ações que garantem que as informações do usuário estejam disponíveis em todos os pontos de atenção e para todos os profissionais envolvidos; a clínica – que parte de uma APS robusta e fortalecida, permitindo a provisão do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção; e a administrativo-organizacional que corresponde aos fluxos e processos organizativos das RAS que permitem a conexão entre os distintos níveis de atenção à saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

Médicos europeus consideram o uso do prontuário eletrônico, as boas habilidades de comunicação e o uso de protocolos de encaminhamento bastante vantajosos como forma de interação entre os níveis de atenção. Porém, reclamam que não recebem a contrarreferência dos profissionais de outros níveis de atenção e o fortalecimento deste atributo depende, quase exclusivamente, de fatores pessoais (PAPP et al., 2014).

Estudo realizado nos Estados Unidos em que os pesquisadores Zlateva et al. (2015) desenvolveram um questionário de avaliação da coordenação do cuidado, na perspectiva de usuários e profissionais que atuam nas equipes de APS, considerou que, para a coordenação dos cuidados acontecer de forma eficiente, a questão prioritária do questionário consistiu no cuidado centrado no paciente.

Sob o ponto de vista do paciente é importante ter um plano de cuidado feito e avaliado em conjunto com a equipe de saúde; uma boa comunicação com a equipe de saúde no sentido de entender suas necessidades e resultados de consultas e exames solicitados; receber da equipe informações sobre recursos existentes na comunidade e acompanhamento após o retorno de outros pontos de atenção, a fim de não perder a continuidade da atenção (ZLATEVA et al. 2015).

Os profissionais acrescentam que uma boa coordenação do cuidado necessita de responsabilidade dos usuários, do autocuidado apoiado pela equipe de saúde e de um bom sistema de informação que integram e fortalecem as redes de atenção (ZLATEVA et al. 2015). É importante destacar que os resultados aqui encontrados indicam considerações acerca de ações da equipe na coordenação do cuidado, não aparecendo a responsabilidade dos usuários.

Considerando o seguimento dos usuários, a longitudinalidade aparece de forma pontual, conforme as falas, a seguir, que indicam satisfação com o acompanhamento ao longo do tempo.

[...] todas as vezes que eu vou, sou bem atendida, tenho um prontuário com a minha história, todos me chamam pelo nome, me conhecem, quando consigo atendimento saio bem satisfeita (Part. 4).

[...] eu avalio a assistência recebida na Unidade de Saúde como ótima [...] lá eles já conhecem a gente [...] acho muito bom o atendimento da médica, porque ela te atende como fosse uma consulta particular [...] examina, conversa [...] no meu prontuário tem toda a minha história, tudo certinho (Part. 3).

[...] consultas, às vezes que precisei eu consegui [...] eu procuro a enfermeira, converso, explico o problema e sou atendida [...] sou hipertensa, então a cada 6 meses é minha consulta [...] quando precisei levar as minhas meninas adolescentes fui muito bem atendida (Part. 22).

Eu sinceramente não tenho o que reclamar, eu procuro o postinho de saúde todos os dias, porque eu tenho que fazer aplicação de insulina [...] o atendimento é muito bom (Part. 16).

[...] a consulta da médica é demorada, atenciosa, lá sobra vaga, todo mundo consegue ser atendida no dia [...] mesmo se não tiver mais paciente ela fica lá [...] tem um papel que fica na minha pasta, que toda vez quando vou lá ela tira, a médica abre, olha tudo e sabe tudo do meu problema de saúde (Part. 2).

[...] o médico é excelente, faz muitos anos que está ali com a gente (Part. 17).

A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consiste, ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (CONASS, 2015).

As falas em tela corroboram com os achados de Alves, Andrade e Santos (2016) que concluíram que um desempenho satisfatório da equipe de saúde está diretamente associado ao tempo de permanência do profissional enfermeiro. Daí pode-se inferir que a longitudinalidade resulta na formação de vínculos efetivos, o que impacta diretamente a morbimortalidade por causas sensíveis à APS.

Du et al. (2015), ao avaliarem a satisfação dos usuários em uma província da China, obtiveram como resultado que ter uma fonte contínua de cuidado, respeitando-se o atributo da longitudinalidade, aumenta a satisfação dos usuários.

Os dados apresentados neste estudo com relação à longitudinalidade vão ao encontro dos achados por Frank et al. (2015). Os autores encontraram resultados positivos no tocante à regularidade de atendimento pelo mesmo profissional, na APS, indicando que os usuários reconhecem a UBS como uma fonte regular de cuidados, o que os deixa satisfeitos. Por outro lado, a alta rotatividade de profissionais é considerada um dos aspectos críticos e que gera insatisfação no usuário.

Usuários do sistema de saúde europeu apresentaram uma forte necessidade de continuidade dos cuidados primários e apontaram a importância de relacionamentos pessoais de longa data com o seu médico, pois necessitavam do profissional para coordenar seu cuidado e os serviços prestados por outros profissionais em outros níveis do Sistema de Saúde (PAPP et al., 2014).

Para que a longitudinalidade seja alcançada, são necessários profissionais afetuosos e cuidadosos à necessidade de saúde dos usuários, a organização do acesso aos serviços de saúde e às ações de valorização que estimulem a retenção dos profissionais vinculados às UBS (PAULA et al.; 2016).

A rotatividade dos trabalhadores prejudica a longitudinalidade e gera insatisfação nos usuários, conforme as falas a seguir:

A questão de rodízio de médico prejudica muito (Part. 22).

O que eu não gosto é que você acostuma com uma equipe e amanhã já tem outros no lugar, acontece muito quando troca de governante, que mexe com as pessoas [...] (Part. 3).

A alta rotatividade de profissionais, infelizmente, acontece no cotidiano das equipes de saúde rotineiramente. Ao encontro desta afirmação, Medeiros et al. (2010) identificaram, em seu estudo, nove categorias que fomentam a alta rotatividade de médicos e enfermeiros na AB: o estilo de gestão verticalizada onde ações são impostas de cima para baixo; o trabalho em equipe; controle político; carga horária e condições de trabalho; salário; outras chances no mercado de trabalho; vínculo com a população; perfil para trabalhar na APS e formação profissional que recebeu na graduação. Estes achados vêm ao encontro com os resultados contidos na pesquisa desenvolvida por de Shah et al. (2016) que indica os mesmos fatores que impossibilitam a permanência e a motivação de profissionais de saúde no Paquistão.

Uma pesquisa sobre satisfação dos pacientes, nos centros de saúde da Finlândia, onde os pesquisadores tiveram a oportunidade de ouvir os usuários durante 14 (quatorze) anos consecutivos, perceberam uma queda na satisfação devido à piora em dois atributos: acessibilidade e longitudinalidade (RAIVIO et al., 2014).

Essa questão foi influenciada pela falta de profissionais experientes em cuidados primários, sendo que este déficit era influenciado por condições de trabalho e pacientes exigentes, carga de trabalho extensas. O menor número de médicos trabalhando na APS, consequentemente, diminuiu o acesso, a longitudinalidade, bem como a satisfação do paciente (RAIVIO et al., 2014).

O resultado de uma pesquisa realizada no Norte da Califórnia concluiu que o tempo de permanência do profissional de saúde está associado ao acesso e a uma melhor continuidade do atendimento prestado e recebido, gerando satisfação dos usuários (PANATTONI et al., 2014).

Diante de tudo o que foi exposto neste tema, a APS do município de Passos, apesar de todos os esforços que são dispendidos pela gestão e pelas equipes de saúde, não fizeram com que o usuário mudasse sua visão sobre o modelo de atenção à saúde hegemônico. Ainda, prevalece o conceito reduzido de saúde e a busca incessante de satisfazer suas necessidades por meio de um atendimento com o médico e conseguir uma medicação ou um encaminhamento para outro ponto de atenção.

Percebemos que o usuário sabe que a porta de entrada do sistema de saúde para conseguir o que ele quer e tanto deseja é a APS. Quanto aos atributos essenciais da APS, o usuário não tem dificuldade de chegar à Unidade de Saúde; porém, a acessibilidade é comprometida por problemas na organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Entre os problemas, citam-se: horários reduzidos de atendimento médico; longos tempos de espera para se conseguir um atendimento; sistemas de distribuição de vagas por meio de ‘fichas’ que restringem a agenda a números e ordem de chegada; acolhimento ausente ou ineficiente; e Unidades de Saúde com número de pessoas vinculadas, além do preconizado pela PNAB.

A integralidade da atenção pode estar ameaçada, talvez, por baixas cotas e financiamento insuficiente para se obter convênios com outros pontos de atenção, ou por não resolutividade dos problemas na APS. Isso compromete a linha de cuidado e a coordenação dos cuidados, outro atributo que, direta ou indiretamente, está ligado à integralidade.

Salientamos que, para que ocorra coordenação dos cuidados, as Unidades de APS do município contam com um sistema de informação que integra a Rede de Atenção Primária e Secundária em que é possível acompanhar o percurso terapêutico do usuário na RAS.

Os participantes mostraram-se satisfeitos por terem uma fonte habitual de cuidados. Percebe-se nas falas dos mesmos que as relações de vínculo e de acompanhamento por um mesmo profissional de saúde, ao longo do tempo, são aspectos muito valorizados pelos usuários na sua busca pelos cuidados de saúde.

Enfim, identificamos que todos os atributos estão ligados entre si e que a importância da presença e extensão destes atributos promovem uma APS abrangente e eleva a satisfação do usuário.

5.3. O uso das tecnologias e a (in)satisfação dos usuários

O desenvolvimento e a utilização de tecnologias no serviço de saúde estão inseridos em contextos sociais e econômicos, assim como o crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações, levando às necessidades diversificadas de atenção.

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010c) considera as seguintes tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e suporte e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Neste sentido, para os pesquisadores Santos, Frota e Martins (2016), a tecnologia envolve conhecimento técnico e científico e aplicação do mesmo por meio de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados e/ou utilizados a partir desse conhecimento.

Emerson Merhy (1997, 2002) destaca que a ideia de tecnologia diz respeito não só aos equipamentos, ferramentas e instrumentos envolvidos na produção, mas também a um certo saber tecnológico. Considera que o processo de trabalho em saúde caracteriza-se como um espaço de relação entre o trabalho morto e o trabalho vivo.

O trabalho vivo situa-se na dimensão do cotidiano e se constitui das ações executadas pelos trabalhadores de saúde na sua relação com os usuários. Já o trabalho morto é composto por elementos envolvidos no processo de trabalho, como ferramentas ou matéria-prima, sendo resultado de um trabalho humano anterior (MERHY, 1997).

Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve (envolve o vínculo presente entre as relações construídas pelos profissionais e usuários, por meio da confiança e acolhimento); leve-dura (saberes e conhecimento que operam no processo de trabalho em saúde) e dura (aparelhamentos tecnológicos como computadores, manuais de normas e rotinas, protocolos de manejo clínico, etc).

A satisfação dos usuários na APS está relacionada ao uso das tecnologias leves, definida por Merhy (1997, p. 105):

A tecnologia de (e das) relações – dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde [...] sob uma ótica analisadora, pautada pela ética do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e na criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem na vida.

As falas abaixo trazem a percepção dos usuários frente ao uso das tecnologias leves nos serviços de AB:

Tenho a expectativa de um calor humano, pelo menos educação tem que ter para dar para as pessoas, eu acho que é o principal (Part. 20).

[...] minha expectativa é chegar lá e encontrar pessoas receptivas (Part. 10).

[...] o ser humano ser tratado com dignidade, dar um diagnóstico preciso para a pessoa, explicar, conversar, ter carinho com o paciente [...] (Part. 8).

Eu gosto de todas [...] a médica a gente começou a conhecer ela agora este ano, mas ela tem um sorriso para atender os pacientes, você não vê ela triste, ela acolhe as pessoas com um sorriso [...] (Part. 13).

[...] os funcionários são educados, atenciosos, prestativos e se interessam pelo meu problema, fazem tudo que tem ao alcance (Part. 6).

[...] os profissionais lá no meu ver não tenho muita queixa, são dispostos a esclarecer, são bem diretos, particularmente muito educados [...] (Part. 19).

O que me deixou satisfeita foi quando minha irmã precisou de uma medicação de uso contínuo, e eu tive que ir no dia anterior para deixar a consulta médica agendada para o outro dia [...] a técnica de enfermagem que é muito boa e humana, pegou a pastinha dela, levou para o médico e fez a receita no mesmo dia, sem ter que precisar de retornar em outro dia só para pegar a receita. Aí eu fiquei satisfeita com a atitude dela em querer resolver o meu problema (Part. 1).

Ao analisar os relatos acima, percebemos que os usuários valorizam as tecnologias da relação, ou seja, eles esperam chegar à Unidade de Saúde e serem recebidos com um ‘bom dia’, um sorriso, com a expectativa de serem tratados pelos profissionais de saúde com respeito e dignidade, gerando satisfação.

Os resultados encontrados no estudo de Leite et al. (2016) corroboram com este estudo, uma vez que os usuários que participaram da pesquisa mostraram satisfação, ao reconhecerem que os profissionais da equipe multiprofissional da saúde demonstram respeito e atenção durante o acolhimento e o cuidar e, conseqüentemente, uma humanização na assistência.

Alfaqueeh et al. (2017) identificaram em seu estudo um alto grau de satisfação por parte dos usuários, pois eram bem tratados pelo médico do centro de saúde, que ouvia os usuários atentamente, oferecia-lhes tempo suficiente para discutir questões de saúde e lhes fornecer resposta para questões. Esses usuários sentiam que os médicos os tratavam com dignidade e respeito o tempo todo.

A expectativa dos usuários é que os profissionais da equipe de saúde sejam empáticos, amigáveis, atenciosos e simpáticos. No entanto, na perspectiva dos profissionais de saúde de um estudo europeu, a relação entre eles deve ser muito mais de parceria do que patriarcal; enfatizam sobre o comportamento mais responsável dos pacientes e envolvimento na decisão das terapias (PAPP et al., 2014).

O vínculo ‘tecnologia leve’ também aparece nas falas dos usuários como fator de satisfação:

Eles atendem muito bem, aí a gente conhece todos, pelo menos para mim, não tenho nada para reclamar (Part. 13).

[...] se você for em um lugar e é bem atendido, você vai voltar lá várias vezes; agora, se você não for bem recebido você não vai voltar sempre lá (Part.10).

O conceito de vínculo, segundo Ilha et al (2014), interage nos conceitos de humanização, de responsabilização e de integralidade. O vínculo liga, aproxima e permite o envolvimento mútuo entre os sujeitos. Para formar o vínculo profissional-usuário é importante que o profissional tenha uma atitude humana, no sentido de reconhecer os limites de cada família, consolidando os vínculos a partir das relações dialógicas, da possibilidade de estabelecer trocas afetivas e efetivas, bem como inserir-se na realidade das famílias.

Assim sendo, para a construção do vínculo entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, torna-se necessário estabelecer laços interpessoais orientados para relações, que reflitam uma cooperação mútua entre gestores, profissionais e usuários do sistema durante a construção desse processo. A possibilidade de acompanhamento, ao longo do tempo, por um mesmo profissional, contribui para a maior satisfação do usuário, em virtude da resolutividade (NASCIMENTO et al. 2010; SILVA et al. 2015).

Segundo o estudo de Baratiere, Mandú e Marcon (2012), enfermeiros entrevistados que atuam na ESF do estado do Paraná relatam que o vínculo não se limita a uma boa interação entre profissional e paciente, mas se associa ao atendimento integral e longitudinal que cabe à ESF, oportunizando o acompanhamento dos indivíduos e famílias nos diferentes momentos da vida, por meio de ações individuais e coletivas contínuas.

Outro estudo que também corrobora com estes dados é o de Halcomb, Peters e Davies (2013), que analisaram a satisfação dos usuários dos serviços públicos da Nova Zelândia sobre os cuidados recebidos por enfermeiros da prática da APS, no qual os participantes ficaram extremamente satisfeitos com o atendimento recebido e relatam que os profissionais de enfermagem os valorizam, escutam, desenvolvem uma relação de vínculo e confiança, estando sempre disponíveis e presentes, ao contrário dos profissionais médicos que, quando não estão ausentes, o atendimento é rápido e o usuário não consegue se expressar.

As políticas que ajudam a formar relacionamento de longo prazo entre usuário e profissional de saúde podem melhorar a qualidade da APS. A continuidade dos cuidados que promovem a compreensão mútua e a confiança entre estes atores parece ser um atributo-chave para um sistema de saúde bem-sucedido (WEI, 2015).

Ao contrário do que foi exposto, a ausência de vínculo gera insatisfação

O que me deixa insatisfeito muitas vezes é a mudança de médico [...] nós tínhamos um médico que ficou muito tempo, todos gostavam dele [...] estão

trocando sempre de médico, então você não tem aquele vínculo com o médico da família como seria (Part. 21).

Chamaram a atenção as falas de usuários acerca do trabalho da enfermeira, indicando deficiência de tecnologias leves no trabalho dessa profissional e ausência de vínculo.

Eu vou falar mais em nome da comunidade, eu recebo muita reclamação de mal atendimento [...] a enfermeira fica muito distante das pessoas, dos pacientes [...] se você quer falar uma coisa com ela, você fala com a recepção que vai na sala dela e traz a resposta (Part. 8).

Eu nem conheço a enfermeira lá do meu PSF [...] se precisar no dia é UPA (Part. 20).

No Brasil, o enfermeiro está inserido na equipe multiprofissional da ESF, utilizando-se de práticas de cuidado com maior ênfase nas tecnologias relacionais. Essa prática possibilita o respeito do usuário ao enfermeiro, valorizando-o no planejamento das suas ações de modo a legitimar que suas práticas tenham caráter mais participativo (SANTOS et al., 2016), o que não acontece segundo alguns usuários de Passos, participantes da presente pesquisa.

Pesquisadores analisaram as práticas de cuidado de 34 (trinta e quatro) enfermeiros que atuam nas ESF de um município baiano, sob a ótica dos usuários, e demonstraram satisfação com o atendimento da enfermeira. Esses usuários justificaram sua satisfação em virtude da atenção e disponibilidade para a escuta das necessidades sentidas, permeando a prática com humanização, acolhimento, escuta e vínculo. Por outro lado, o estudo mostrou que algumas posturas autoritárias e prescritivas geram insatisfações uma vez que dificultam o atendimento de suas necessidades de saúde (SANTOS et al., 2016). Os resultados apresentados nas falas desta pesquisa mostram que postura de distanciamento do enfermeiro com usuários também geram insatisfação.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2003, busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Esta política estimula a comunicação entre trabalhadores e usuários a fim de se construírem processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras (BRASIL, 2013b).

Os relatos, a seguir, apesar de não predominantes, estão em dissonância com os princípios da PNH e geram muita insatisfação ao usuário.

A gente já chega tenso, tem muitas limitações em relação aos funcionários [...] o médico chega nem olha na cara [...] para ser sincero do portão para fora do PSF é ótimo e do portão para dentro é péssimo (Part. 5).

Nunca tive um episódio que me deixou satisfeito, lá não tem palavra amiga [...] o momento que eu fiquei revoltado, foi um dia que tive que ir lá marcar uma consulta, depois de 30 dias chegou o meu dia de ir consultar, a recepcionista foi logo perguntando cadê o papelzinho que eu te dei, eu disse que perdi, até parece que eu vou guardar um papelzinho por 30 dias [...] fiquei tão indignado [...] (Part. 8).

A insatisfação também é gerada por dificuldades na relação com médicos estrangeiros, providos por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil, do Ministério da Saúde, conforme as falas a seguir:

[...] tenho uma queixa para fazer. No nosso Brasil, tem tantos médicos bons, porque tem que buscar médico lá fora, para nos atender? Eles têm dificuldade de nos entender e a gente também tem dificuldade de entender eles, então fica muito a desejar (Part.18).

Quanta insatisfação, essa seria uma questão de reclamação da comunidade geral, é realmente pelo médico ser estrangeiro [...] (Part. 19).

O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013, inicialmente por meio de uma Medida Provisória, e nesse mesmo ano, em outubro, foi convertido em Lei. Soma-se a um conjunto de ações e iniciativas em um cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de fortalecer a PNAB, pois o número de médicos atuantes no SUS era inferior à necessidade da população (BRASIL, 2015b).

No intuito de suprir a falta de profissional na saúde pública, o Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do país para atuarem em áreas com maior necessidade, buscando garantir a esta população o direito concreto e cotidiano do acesso universal aos serviços de saúde (BRASIL, 2015b).

A Secretaria de Saúde do município-sede da pesquisa, Passos-MG, aderiu ao Projeto Mais Médicos desde sua criação em 2013. Esta adesão foi possível por ter como critério de elegibilidade uma população com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, baixo nível de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.

Desde então, a cada novo ciclo do Programa, o município recebe médicos brasileiros, com formação no Brasil e no exterior e médicos estrangeiros formados principalmente na Escola de Medicina de Cuba, para atuarem na APS, permitindo uma forte expansão na cobertura de AB nestes últimos 4 (quatro) anos.

Silva et al. (2016) realizou uma pesquisa de natureza qualitativa, no município de Mossoró – RN, em UBS que receberam médicos do Programa Mais Médicos, com o objetivo de analisar a percepção de usuários sobre o Programa. Os achados neste estudo corroboram

com esta pesquisa, pois os entrevistados evidenciaram dificuldade em entender o que o médico intercambista cubano diz, sendo mencionado como um aspecto negativo.

Essa dificuldade em compreender a fala de médicos estrangeiros ocorreu em 57,5% (cinquenta e sete vírgula cinco por cento) dos 263 (duzentos e sessenta e três) usuários entrevistados por Gomes et al. (2016) em 32 (trinta e dois) municípios. Vale ressaltar que estes pesquisadores encontram uma elevada satisfação geral entre os usuários com o Programa, pois relataram que eram bem atendidos e recebiam um atendimento humanizado, e que, antes de o Programa existir, eles não tinham acesso ao serviço público de saúde devido à falta de médicos nas Unidades de Saúde. Essa realidade de falta de profissional médico nesses locais também foi apontada por um participante da pesquisa.

A compreensão na fala dos médicos é importante, segundo relato de usuários do sistema de APS não somente do Brasil, mas também de Bogotá, na Colômbia. Para estes usuários, o simples fato de não entender o que o médico diz, imediatamente o processo de comunicação é comprometido, desencadeando a insatisfação (GONZÁLEZ-QUIÑONES; RESTREPO-CHAVARRIAGA; HERNANDEZ-ROJAS, 2014).

Na mesma direção, pacientes latinos, que residem na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, experimentam barreiras de acesso aos serviços de saúde devido a dificuldades em entender o idioma falado pelos profissionais do Sistema de Saúde, o que afeta, negativamente, a experiência em busca desses serviços (CALO et al., 2015).

A insatisfação devido a problemas de comunicação associados à habilidade linguística entre médico e pacientes também ocorreu na pesquisa realizada por Goetz et al. (2015) em que imigrantes turcos tinham dificuldade de compreender as orientações recebidas quando consultavam médicos alemães, prejudicando assim a assistência recebida.

As tecnologias leves-duras operacionalizadas com base em um saber estruturado agregado à clínica médica e à epidemiologia, conforme descrito por Merhy e Chakkour (1997), aparecem na fala de um participante, sendo a falta da mesma promotora de insatisfação.

Elas são uns amores, tratam a gente muito bem, mas falta um pouco de formação técnica, de vez em quando tenho que ir lá de tempo em tempo para trocar a receita [...] no mesmo dia tinha uma menina com meningite lá, em vez de ela pegar o telefone, chamar o bombeiro ou o SAMU, o que for, para levar a menina para o atendimento, mandou a menina aguardar a consulta médica. A menina ficou 2 horas lá com meningite [...] falta informação para as atendentes [...] falta informação para dar o encaminhamento (Part. 11).

Corroborando com este resultado da pesquisa, citamos, aqui, um estudo realizado em Ruanda, na África, em 8 (oito) centros de saúde, onde os cuidados, em sua maioria, são feitos

por enfermeiros treinados pelo Ministério da Saúde. Foram observados os cuidados em 470 (quatrocentos e setenta) consultas destinadas a adolescentes e adultos, por meio de supervisores. As observações mostraram a falta de triagem de sinais vitais e de rastreamento para doenças mais comuns, além de baixa taxa de aconselhamento de ações preventivas, apontando uma clara necessidade de se melhorarem a qualidade e a consistência dos cuidados. Estes esforços podem garantir uma APS efetiva e de alta qualidade em configurações onde os recursos são limitados (VASAN et al., 2013).

As intercorrências com as tecnologias duras, caracterizadas pelo uso de equipamentos e máquinas (Merhy; Chakkour, 1997) também foram identificadas nas falas dos usuários, gerando insatisfação.

[...] essa questão de falta de pilha no otoscópio já aconteceu comigo também. Um dia precisei de verificar a pressão, e a enfermeira falou para o médico que o aparelho que tinha ali era o menos pior [...] (Part. 22).

Há 4 meses tive uma dor forte no ouvido e fui lá na UPA [...] mas continuou e marquei uma ficha no final de junho para agosto. No dia da consulta, o aparelho de ouvido estava quebrado, não teve jeito de olhar o meu ouvido [...] fui na farmácia, não estava aguentando de dor [...] isso é uma coisa que não tinha necessidade de acontecer [...] Part. 20).

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do ‘Saúde Mais Perto de Você’, no qual se insere o PMAQ, apresenta-se como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da AB no SUS. As avaliações externas das Unidades de Saúde ocorrem na segunda fase do PMAQ, realizadas em parceria com Instituições de Ensino Superior, que efetuam um conjunto de ações as quais averiguam as características estruturais e de ambiência na UBS, bem como equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis (BRASIL, 2017b). Apesar de todas as equipes da ESF fazerem parte do PMAQ, as falas dos usuários indicam problemas com as tecnologias duras na APS de Passos.

Os materiais, os impressos, a manutenção e a compra de equipamentos e insumos são itens que visam garantir a qualidade dos serviços, a organização do processo de trabalho e a atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2015c).

Na primeira avaliação externa realizada no 1º Ciclo do programa, por meio da equipe do PMAQ, no ano de 2012, o município de Passos participou do processo, incluindo 7 (sete) equipes da ESF. Em relatório disponível pelo Ministério da Saúde, Brasil (2015c), podemos perceber que alguns materiais básicos e importantes para assistência integral à saúde do usuário

estavam indisponíveis ou em quantidades insuficientes nas Unidades de Saúde avaliadas no Brasil.

Quadro 4 – Relação de materiais em condições de uso nas Unidades de Saúde do Brasil avaliadas pela equipe de avaliação externa do PMAQ em 2012.

Material em condição de uso nas UBS	Nenhum	1	2	3	+3
Aparelho de pressão arterial adulto	7%	27,5%	24,7%	16,2%	24,7%
Glicosímetro	16,2%	54,2%	20,8%	4,9%	3,9%
Oftalmoscópio	89,6%	8,4%	1,1%	0,3%	0,5%
Termômetro	38,3%	29,6%	15,5%	7,6%	8,9%
Otoscópio	40,8%	40,8%	11,1%	3,7%	3,6%

Fonte: Brasil, 2015c.

Conforme este quadro, percebemos que, principalmente o otoscópio, que gerou insatisfação nos participantes da pesquisa, está em falta em quase metade das Unidades de Saúde do Brasil. Ao analisar o relatório analítico do PMAQ (2017), em que 17 (dezessete) Unidades de ESF do município de Passos participaram do 2º Ciclo no ano de 2014, o município ficou aquém do Brasil (32,4%) (trinta e dois vírgula quatro por cento) e do Estado de Minas Gerais (28,85%) (vinte e oito vírgula oitenta e cinco por cento), pois apresentou apenas 17,65% (dezessete vírgula sessenta e cinco por cento) dos equipamentos exigidos na avaliação externa.

Liu et al. (2014) associaram o uso de tecnologias leves-duras e duras para avaliar o impacto de um modelo de serviço de saúde da comunidade rural de uma província da China, sobre o uso e aceitação dos serviços de APS. As tecnologias leves-duras foram usadas no oferecimento de um curso, com duração de uma semana, com a finalidade de melhorar as habilidades individuais de gerentes, de médicos e enfermeiros dos centros de saúde. As estratégias utilizadas no curso foram aulas práticas e teóricas sobre medicina geral, medicina social, cuidados primários de saúde, enfermagem comunitária e gerenciamento de saúde. Destaca-se que as tecnologias duras devem estar presentes não somente em cursos, mas também no cotidiano das unidades.

Depois da introdução das reformas, no sistema de saúde da China, a cidade de Xangai obteve a melhor avaliação na qualidade da APS em relação a outra cidade do mesmo porte, Shenzhen. Esse resultado foi devido a um grande investimento do governo para o setor, como a valorização dos profissionais de saúde, no qual eram estimulados a ter uma boa relação com

os seus pacientes; centros de saúde bem equipados; uso de protocolos de atenção e um bom sistema de informação que fornecesse bons níveis de coordenação e informação (WEI, 2015).

Outro estudo mostra que a implementação de tecnologia dura se fez por meio de incentivos financeiros, para reformas das instalações físicas e compras de equipamentos e insumos para melhoria do acesso e da qualidade. Estas ações atingiram o objetivo da proposta e fizeram com que os índices de satisfação dos pacientes aumentassem após a realização das intervenções (LIU et al., 2014).

Diante do exposto, podemos afirmar que o uso das tecnologias no serviço de saúde, sejam elas leves, leves-duras ou duras, tem uma associação direta com os atributos essenciais da APS. Citam-se atributos como acesso organizacional por meio de atitudes de acolhimento realizadas pelos profissionais de saúde, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado que acontecem por meio de relações de confiança e vínculo, consultas a prontuários, sistemas logísticos presentes nas RAS, bem como o conhecimento técnico da equipe de saúde e a coordenação do cuidado que necessita de todas as tecnologias.

Proporcionar cuidados de saúde em condições de igualdade torna-se um desafio para o sistema de saúde. Responder as necessidades de diferentes grupos populacionais e reduzir as desigualdades perante o cuidado recebido têm sido temas centrais e recorrentes nas reformas suecas de saúde. Como porta de entrada de um sistema de saúde, a APS tem esse papel fundamental a desempenhar (AKHAVAN; TILLGREN, 2015).

5.4. A ambiência da Unidade de Saúde

A ambiência de UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável de trabalho para os profissionais de saúde (BRASIL, 2017). Esta definição está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b).

A infraestrutura da UBS deve estar adequada ao quantitativo da população adscrita e suas especificidades e a utilização dos espaços físicos devem ser pensadas de uma nova forma. Ou seja, deve-se superar, na organização do processo de trabalho, a lógica de espaços exclusivos e permitir a utilização de forma compartilhada entre diferentes profissionais da equipe interdisciplinar e atividades (BRASIL, 2015d; 2017).

Os parâmetros de estrutura devem levar em consideração a densidade demográfica, a composição, a atuação e os tipos de equipe. Para um ambiente adequado, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço. Entre outros, citam-se, por exemplo: recepção sem grades; carteira de serviços da Unidade de Saúde; escala com o nome, a função e o horário de atendimento dos profissionais de saúde; sinalização interna, contendo os fluxos; conforto térmico e acústico e espaços adaptados para pessoas com deficiência em conformidade com as normas vigentes (BRASIL, 2015d; 2017).

Nos relatos, a seguir, verifica-se que a ambiência e uma boa estrutura física são indicadores de uma avaliação positiva e gera satisfação dos usuários.

Quanto à área física, cada médico tem a sua sala, então tem privacidade, os banheiros tudo certinho, a limpeza é ótima (Part. 3).

[...] lá na unidade tem espaço, tem sala do médico, tem sala de preventivo, tem sala de curativo, tem sala que a gente faz aula de nutrição. O que não acho certo é o local que fica o PSF [...] lá já foi roubado umas 3 vezes [...] fica em um local muito deserto (Part. 13).

[...] lá a sala de espera é confortável [...] a recepção é boa, sou bem acolhido (Part. 21).

Lá no meu PSF é uma casa boa, limpeza razoável (Part. 20).

[...] tudo lá é bem arrumado, certinho, a limpeza é maravilhosa (Part. 17).

[...] a limpeza lá é muito boa [...] (Part. 23).

[...] a estrutura física é boa, o consultório é bom, o lugar da gente esperar tem uma área grande, tem cadeira para todo mundo esperar para esperar [...] a unidade é limpinha (Part. 2).

Percebemos que, ao se analisarem os relatos, os usuários dão ênfase na limpeza, na recepção e no consultório médico. Mas, dos 23 (vinte e três) participantes da pesquisa, somente 7 (sete) estão satisfeitos com as condições físicas e estruturais das Unidades de Saúde do município.

De acordo com a avaliação externa realizada no 1º Ciclo do PMAQ, 86, 8% (oitenta e seis vírgula oito por cento) das equipes de AB no Brasil participantes da avaliação possuíam recepções adequadas e 82,4% (oitenta e dois vírgula quatro por cento) possuíam consultórios que permitiam privacidade do usuário (BRASIL, 2015d).

Corroborando com estes resultados, existem poucos estudos na literatura em que os usuários avaliaram de forma positiva o conforto e a limpeza da Unidade de Saúde. Um deles foi o estudo realizado por Ferreira, Raposo e Pisco (2017) que avaliaram a satisfação dos

usuários que utilizam o serviço de AB de Lisboa e do Vale do Tejo, em Portugal, em que 74,8% (setenta e quatro vírgula oito por cento) dos entrevistados estavam satisfeitos com a qualidade das instalações físicas das Unidades de Saúde.

Outro estudo encontrado foi o de Cuba-Fuentes, Jurado e Estrella (2011), que avaliaram a satisfação dos usuários em um centro de APS, do Peru, em que 66,6% (sessenta e seis vírgula seis por cento) estavam satisfeitos com a estrutura física do centro de saúde.

Em um estudo conduzido no Chile, por Perez e Aceituno (2013), 71% (setenta e um por cento) dos pacientes entrevistados também estavam satisfeitos com a limpeza e com o conforto da sala de espera e banheiros do Centro de Saúde de Atenção Primária.

Ao contrário, serão expostos, a seguir, os relatos de insatisfação dos participantes da pesquisa que enfatizam, em suas falas, as precariedades da área física, a falta de espaço para comportar a população e equipe de saúde, a limpeza da Unidade de Saúde abaixo da expectativa, a falta de conforto, de ventilação, entre outras precariedades, ou seja, há uma dissonância em relação a PNAB e a Política Nacional de Humanização.

[...] uma coisa que também me incomoda muito lá é os dois PSFs juntos, o espaço é muito pequeno para dois PSF lá dentro [...] tem uma mesa para todas as moças, muito sufocante lá dentro (Part. 10).

[...] lá está o PSF e o ambulatório, que teriam que ter o mínimo necessário para dar um conforto para os médicos e pacientes [...] às vezes a gente chega e não tem nenhuma janela (Part. 6).

[...] a limpeza ultimamente tem sido um dos pontos, que não te agrada estar no ambiente, porque acho que está um certo tempo sem faxineira e a unidade é compartilhada [...] (Part. 19).

Quanto à limpeza, está muito a desejar, lá parece que nem é um local de área de saúde, mas lá tá muito ruim mesmo (Part. 18).

[...] não tem banco suficiente para todo mundo sentar, ficamos lá em pé ou sentado no chão, aguardando ser atendido. (Part. 3).

[...] o espaço físico do PSF é apertado, não tem espaço para atendimento médico [...] então este espaço físico que eu falo é assim por exemplo, não tem um local adequado para a pessoa ficar, se eu quero beber uma água, não tem bebedouro no PSF (Part. 8).

[...] em relação à estrutura física, o banheiro está estragado, lá não tem banheiro para a gente usar [...] já tive que voltar na minha casa só para usar o banheiro, porque lá estava com uma plaquinha de estragado (Part. 15).

Lá nem o bebedouro está funcionando, é complicado (Part. 7).

Lá funciona em uma casa residencial, então nossa sala de espera é uma garagem, então você está exposto a vento, poeira, frio e sol [...] a limpeza é razoável, o acolhimento é bom e o lugar é desconfortável (Part. 22).

Quanto à estrutura física, tá faltando uma limpeza no posto, lá fora tá um pouco precário, o consultório médico tem privacidade, na sala de espera tem hora que o povo fala muito, eu saio até para fora (Part. 4).

Ao proceder à análise dos relatos, notamos que as reclamações e insatisfações se sobrepõem às satisfações analisadas anteriormente. Esse achado é bem preocupante por se tratar de Unidades de Saúde.

Estes resultados corroboram com outros encontrados na literatura científica, por exemplo, com o estudo realizado por Alfaqeeh et al. (2017), em centros de saúde da Arábia Saudita, no qual os entrevistados da zona rural afirmaram que os centros de saúde da APS não estavam muito limpos.

O inquérito epidemiológico realizado por Quagliato, Netto e Forster (2015), em um município paulista, demonstrou que a limpeza e a estrutura física das Unidades de Saúde receberam notas baixas no inquérito respondido pelos profissionais de saúde. Os autores acrescentaram também que a maioria das Unidades Básicas de Saúde situam-se em casas adaptadas, não construídas para este fim, demonstrando uma falta de comprometimento e planejamento para adequada implantação da APS no município.

Na avaliação das Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP, por Mishima et al. (2016) sob a ótica dos usuários, a dimensão que engloba as instalações e o ambiente físico também foi mal avaliada; estes apresentaram-se inadequados e com baixa resolutividade em relação aos desejos e expectativas da população.

Outro resultado desfavorável foi encontrado no estudo de Gomes et al. (2015), que analisou a estrutura física das Unidades de Saúde do município de Caxias-MA. O município contém 32 (trinta e duas) unidades de AB, porém somente 18 (dezoito) aceitaram participar do estudo. Dentre elas, 17 (dezessete) UBS não apresentavam recepção adequada, e a totalidade, isto é, as 18 (dezoito) UBS não possuíam sala de espera e consultório médico privativo.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde em melhorar as estruturas físicas das Unidades de Saúde por meio de editais que contemplam reformas, ampliação ou construção de novas UBS, o município de Passos vem mostrando pouca adesão a esses programas, deduzindo-se, assim, que pode estar havendo problemas financeiros e na gestão de projetos.

No cenário atual do município, entre as 28 (vinte e oito) unidades de APS, 12 (doze) funcionam em casas residenciais alugadas. Outras 10 (dez) funcionam em antigos ambulatórios e centros sociais construídos entre a década de 1980 e 1990, necessitando, urgentemente, de

reparos na estrutura física e 6 (seis) funcionam em unidades de APS em conformidade com a PNAB.

Quanto ao pessoal que faz limpeza das Unidades de Saúde, a maioria atende de 2 (duas) a 3 (três) dessas unidades, por semana, devido à falta de contratação desse profissional pelo gestor municipal.

As insatisfações apresentadas pelos usuários relacionam-se diretamente com o não cumprimento de alguns atributos essenciais da APS. Entre eles, citam-se: a acessibilidade prejudicada pela permanência em ambientes apertados, sem local de ventilação, sem mobiliário suficiente para acomodar quem está esperando por algum procedimento, além da limpeza precária. A longitudinalidade pode ser afetada por falta de privacidade, ou seja, o ambiente é desfavorável para construção e troca de vínculos. Além disso, a falta de espaço físico prejudica o oferecimento de atividades de prevenção e promoção da saúde, afetando o atributo da integralidade.

Frente ao exposto, considera-se que a ambiência e a satisfação do usuário estão diretamente relacionadas. Pelos relatos dos participantes da pesquisa percebemos que uma Unidade de Saúde limpa, com uma boa ventilação, disponibilidade de água para beber e com espaços suficientes para a realização de atividades e procedimentos gera não só conforto e satisfação com os serviços ofertados à população como ainda o fortalecimento dos atributos essenciais da APS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que os sistemas fragmentados de saúde e o modelo assistencial de saúde hegemônico médico centrado, apesar de não corroborarem com a proposta do SUS e da APS, ainda são muito valorizados pelos participantes da pesquisa. Nesse sentido, consideramos que ficou expressa na fala dos usuários a importância de se conseguir um atendimento com o médico da equipe de saúde, o que pode diminuir a resolutividade em equipe multidisciplinar. Apontamos que a mudança desta concepção é um grande desafio do sistema de saúde brasileiro.

Além disso, o modelo centrado em consulta médica também parece ser confirmado pelas insatisfações com as visitas domiciliares que, apesar de serem estratégias preconizadas a todos os membros da equipe, os usuários apontam que não são realizadas ou são desenvolvidas com deficiências. Há insatisfações com a forma com que os ACS realizam visitas, estando mais preocupados em pedir assinatura para comprovar a produção que desempenhar a sua real função de um mobilizador comunitário, a ponte que une os usuários e a equipe de saúde.

Reafirmamos que o trabalho desenvolvido pela equipe de APS pode fortalecer a concepção dos usuários no modelo centrado no médico, uma vez que, na percepção dos usuários, os ACS levam remédios, receitas médicas e datas de consultas marcadas. Os resultados não apresentam as potencialidades das ações dos ACS e apontam o trabalho desenvolvido por outros profissionais centrado em atendimento médico.

Ressaltamos que os resultados sinalizam que gestores, apoiadores institucionais e matriciais devem aumentar esforços a fim de trabalharem com as equipes e com os usuários a mudança de concepção de um modelo de atenção à saúde em consonância ao SUS e à PNAB.

Quanto aos atributos essenciais da APS, diante dos resultados apresentados, podemos afirmar que os usuários apresentaram maiores satisfações relacionadas aos atributos do acesso geográfico e longitudinalidade.

Salientamos que insatisfações relativas aos atributos essenciais da APS podem estar relacionadas ao não cumprimento da PNAB acerca do número de pessoas adscritas às Unidades, indicando a necessidade de ampliação do número de equipes de saúde no sentido de oferecer uma assistência de saúde mais equitativa, com melhor acesso, uma vez que cada Unidade de Saúde apresenta número diferente de clientela adscrita à área de abrangência. Isto aumenta a discrepância no acesso aos serviços de saúde.

A longitudinalidade foi um atributo que mais gerou expectativas e satisfação do participante. Ter acompanhamento por uma equipe habitual de cuidados, com relação de respeito, vínculo, confiança e dignidade com a equipe de saúde envolve uso de tecnologias leves

em que se prevalece o trabalho vivo na Unidade de Saúde e gera satisfação nos usuários participantes.

Consideramos que a organização do processo de trabalho da equipe de saúde pode melhorar a satisfação dos usuários. Isto porque foram explicitadas algumas insatisfações, envolvendo tempo de espera para se conseguir uma consulta ou atendimento médico, horário restrito de atendimento, poucas vagas em uma agenda bem limitada e falta de acolhimento à demanda espontânea pela equipe de saúde.

Além disso, insatisfações envolvendo os atributos coordenação dos cuidados e integralidade são relativas a encaminhamentos para Atenção Secundária e pedidos de exame laboratoriais e de imagem, que comprometem a adesão ao tratamento, as linhas de cuidado e a coordenação da atenção à saúde.

No atual momento, faz-se necessária a busca de outras alternativas, para melhorar a implementação dos atributos essenciais da APS, entre as quais citam-se: redistribuição de áreas de abrangência seguindo parâmetros estabelecidos pela PNAB; uso de protocolos de encaminhamento; realização de atendimentos clínicos baseados em evidências científicas e boa gestão da fila de espera de exames e encaminhamentos, levando em conta protocolos assistenciais.

Outras alternativas também importantes para se promover a melhoria da implementação dos atributos essenciais da APS referem-se: à atenção centrada no paciente por meio da estratificação de risco; à construção de planos terapêuticos singulares em conjunto com todos os membros da equipe envolvidos nos cuidados, principalmente dos casos mais complexos e o autocuidado apoiado; à comunicação efetiva com outros pontos de atenção por meio de preenchimento responsável de referência e contrarreferência; à utilização de programas *online* de Telemedicina em parceria com universidades a fim de se sanarem dúvidas sobre condutas, cuidados e evitar encaminhamentos desnecessários, e outros.

Adicionalmente, destacamos que existem muitos dispositivos que ajudam o profissional a superar dificuldades e problemas como a falta de recursos financeiros para proporcionar uma atenção que gere satisfação do usuário no Sistema de Saúde. Muitos desses dispositivos dependem do uso de tecnologias leves e leves-duras no encontro com os usuários no dia a dia dos serviços.

Também destacamos que a ambiência se constitui um aspecto que merece atenção da gestão municipal, buscando solucionar os problemas e intercorrências estruturais e de limpeza presentes nas Unidades de Saúde do município os quais também geram insatisfações nos usuários.

Reconhecemos, ainda, os limites da pesquisa: apesar de terem sido recrutadas amostras em todas as unidades do município, somente usuários moradores em zona urbana participaram do estudo. Nenhum usuário da zona rural teve interesse em participar, justificando dificuldade em ir ao centro (apesar do fornecimento de transporte), o que pode ter suprido insatisfações quanto ao acesso geográfico.

Outra limitação se refere à falta de representatividade de 6 (seis) Unidades de Saúde, das quais os usuários não compareceram para participar dos grupos focais, podendo contribuir para enriquecer mais este trabalho com informações. Além disso, pontuamos que a ideia inicial envolvia a realização de grupos distintos, formados por usuários de UBS tradicionais e por ESF. Porém, para a conciliação de agenda de alguns participantes, o grupo 2 (dois) foi misto.

A pesquisa possibilitou um diagnóstico local a partir da (in)satisfação dos usuários, indicando a necessidade de se instituir como rotina das equipes de saúde a avaliação da satisfação dos usuários com a finalidade de se ter um retorno sobre as ações e serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Dessa forma, os resultados também poderão possibilitar que as equipes de saúde e a gestão reflitam se as práticas estão voltadas para o atendimento das necessidades dos usuários e se o serviço de APS em Passos-MG é seletivo ou abrangente, e implementem ações com mudanças nas práticas em busca da satisfação dos usuários.

Finalizando, consideramos que as (in)satisfações dos usuários na perspectiva dos atributos essenciais da APS envolvem tanto aspectos de gestão quanto de assistência. Destacamos que os profissionais de saúde devem refletir sobre a forma como estão conduzindo os processos de saúde, uma vez que os usuários participantes desta pesquisa valorizaram muito, quando receberam atitudes de carinho, de respeito, de empatia e de confiança. Deve-se repensar diariamente se os profissionais que atuam em equipes de saúde estão sendo humanos e se o objetivo de ajudar o próximo está sendo cumprido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÃO-CURVO, P. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção**. 2010. 153p. (Dissertação mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2010.
- AKHAVAN, S.; TILLGREN, P. Client/ patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. **International Journal for Equity in Health**. 14(65). 2015.
- ALELUIA, I.R.S. et al. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the northeast of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22(6): 1845-1856. 2017.
- ALFAQEEH, G. et al. Access and utilisation of primary health care services comparing urban and rural areas of Riyadh Province, Kingdom of Saudi Arabia. **BMC Health Services Research**. 17:106 DOI 10.1186/s12913-017-1983-z, 2017.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 24: 1727-1742. 2008.
- ALMEIDA, P.F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro. 15(2): 373-398, maio/ago, 2017.
- ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista de Saúde Pública**. 2016.
- ALTIN, S.V.; STOCK, S. Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany. **BMC. Family Practice**. 16:148. doi: 10.1186/s12875-015-0372-0. 2015.
- ALVES, C.R.; ANDRADE, M.C.; SANTOS, C.L.S. Longitudinality and professional qualification: fundamental for the performance of family health care teams. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. 40(111): 268-278. out/dez. 2016.

ANSELL, D. et al. Interventions to reduce wait times for a primary care appointments: a systematic review. **BMC. Heath Services Research**. 17:295. doi: 10.1186/s12913-017-2219-y. 2017.

ARANTES, L.F.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21 (5) : 1499-1509, 2016.

ARAÚJO, L.V.A. et al. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19(8): 3521-3532, 2014.

ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T.M.; OLIVEIRA, C.C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza. 24(4): 347-354, out/dez., 2011.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: Construção política, metodológica e prática. **Revista APS**. 10: 189-199 p. 2007.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Access to health services: approaches, concepts, policies and analyses model. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(11): 2865-2875, 2012.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface-Comunic., Saude, Educ**. 14(35): 797-810, out/dez. 2010.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**. São Paulo - SP. 4: 438-442 p. 2011.

BARATIERI, T. et al. Perceptions by users attended at an emergency care: approach to Primary Health Care. **Espaço para a Saúde – Revista de saúde pública do Paraná** | Londrina | V. 18 | N. 1 | P. 54-63. julho 2017

BARATIERI, T., MANDÚ, E.N.T., MARCON, S.S., Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Ciencia y Enfermería** [en linea] 2012, XVIII (Agosto-Sin mes) : [Fecha de consulta: 22 de diciembre de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441810002>> ISSN 0717-2079

BARBOSA, D.C.M. et al. Home visits under the user's perception of the family health strategy. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 49(4): 360-366. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14: 1336-1345. 2009.

BONELLO, A.A.L.M.; CORRÊA, C.R.S. Access to basic health services and associated factors: a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19 (11): 4397-4406, 2014.

BOUSQUAT, A. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: manager's and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22(4): 1141-1154, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília: 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil)**. Brasília: 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2011a.

_____. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Brasília, 2011b.(Incompleta)

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea. v. 1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

_____. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília - DF: 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).** Brasília: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNH - Política Nacional de Humanização.** 1ª Ed. 1ª reimpressão. Brasília-DF: 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo. 3º Ciclo (2015-2016).** Brasília - DF: 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros.** 128p. Brasília- DF: 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012: Insumos e medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde - cad 2. Vol 2** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012: Característica das Unidades Básicas de Saúde cad 2. Vol 1** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012: satisfação dos usuários da Atenção Básica - acesso aos serviços, ações de saúde e participação do usuário. cad 1. Vol 1** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ. Programa de Melhoria do acesso e da Qualidade. Instrumento de Avaliação Externa Para as Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal.** Brasília - DF: 2016a.

_____. Ministério da Saúde. E-SUS Atenção Básica. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada - CDS (Versão 2.1).** Versão Preliminar. Brasília: DF: 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Seção 1, N183 de 22/09/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você - Acesso e Qualidade. PMAQ - Terceiro ciclo - Versão preliminar.** Brasília - DF: 2017b.

BRASIL, D. D. A. B. **Histórico de cobertura da Saúde da Família.** Disponível em <<http://dab.saude.gov.br>>; Acesso em 09 de janeiro de 2018. 2018.

CACCIA-BAVA, M.C.G. et al. Emergency care of primary care: patient's choices on the national health service. **Medicina (Ribeirão Preto).** 44(4): 347-354. 2011.

CALO, W.A. et al. Experiences of Latinos with limited English proficiency with limited english proficiency with patient registration systems and their interactions with clinic from office staff: an exploratory study to inform community - based translation research in North Carolina. **BMC. Health Services Research.** 15: 570, doi: 10.1186/s12913-015-1235-z. 2015.

CAMPBELL, J.L. et al. Accessing primary care: a simulated patient study. **British Journal of General Practice.** March, 2013.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhora contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil.** Recife. 5: S63-S69. 2005.

CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L.; PAIVA, M. B. P. Avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. **Rev.APS.** 17: 13-23. 2014.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.** Brasília - DF. 5: 611-4. 2004.

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S. **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARROLL, J.C.et al. Academic family health teams. Part 1: patient perception of care primary care domains. **Canadian Family Physician**. Vol. 62, 2016.

CARROLL, J.C.et al. Academic family health teams. Part 2: patient perception of access. **Canadian Family Physician**. Vol. 62, 2016b.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. N27, vol 78, 2013.

CASSADY, C. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **J. Ambulatory Pediatric Assoc.** 105: 998-1003. 2000.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc. São Paulo**. 20: 935-947 p. 2011.

_____. Desafios para a Avaliação na Atenção Básica no Brasil: A diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: (Ed.). In: AKERMAN,M.; FURTADO, J.P. (orgs) **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos**. Porto Alegre / RS: Editora Rede UNIDA, 2015. cap 5, p.189-229.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva [in line]** 2012, 17 (Noviembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 18 de diciembre de 2017] Disponible en: <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420006> ISSN 1413-8123

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; org. **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. CEPESC. IMS/UERJ. ABRASCO. 8ª ed, 184p. RJ, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. CONASS. Brasília. Coleção para entender a gestão do SUS, Vol 3: 197 p., 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. CONASS. Brasília. Coleção para entender a gestão do SUS, Vol 1: 291 p. 2011b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. 1ª ed. CONASS. Brasília. 2015.

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

CUBA-FUENTES, M.; JURADO A.; ESTRELLA, E. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de um establecimiento de primer nivel de atención. **Rev Med Hered**. 22(1), 2011.

DAY, J.; SCAMMON, D. L.; KIM, J. Quality, satisfaction, and financial efficiency associated with elements of primary care practice transformation: preliminary findings. **Annals of Family Medicine** - {HYPERLINK"http:// www.annfammed.org."} 11. 2013.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care: methods for assessing and monitoring the quality of care for research and of quality assurance programs. **SCIENCE**. 200 1978.

_____. **La Calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación**. México: 1984. 194p.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**. 114: 1115-1118 p. 1990.

DU, Z. et al. Usual Source of Care and the Quality of Primary Care: a survey of patients in Guangdong province, China. **International Journal for Equity in Health**. 14. 2015.

EIDE, T.B. et al. Patient experiences and the association with organizational factors in general practice: results from the Norwegian part of the international, multi-center cross-sectional QUALICOPC study. **BMC. Health Services Research**. 16:428. doi: 10.1186/s12913-016-1684-z. 2016.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**. 21 2007.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Organizadores. **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2012.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil [online]**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2012.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10: 303-311 p. 2005.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. User Satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 22: 1267-1276 p. 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões sul e nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 24: S159-S172 p. 2008.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OMS, 1997. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p. 114-120.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. 4: 317-321 p. 2004.

FERREIRA, P.L.; RAPOSO, V.M.; PISCO, L. The voice of Primary Care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22(3): 747-758. 2017.

FERRI, S. M. N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários em uma Unidade de Saúde da Família - Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?**

2006. 126p. (Dissertação (Mestrado)). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo., Ribeirão Preto - SP.

FERTONANI, H.P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (6): 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Health education in the context of family health from the user's perspective. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.315-29, abr./jun. 2012.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary Health Care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19: 4851-4860 p. 2014.

FRANK, B.R.B. et al. Evaluation of the longitudinality in Primary Health Care units. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. 39 (105): 400-410. abr/jun, 2015.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A Avaliação de Programas e Serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cader. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 30: p.2643-2655 p. 2014.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto - SP**. 2007. 155p. (Dissertação (mestrado)). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto., Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

GARCIA, A.C.P. et al. Community Health Agent: from the profile to active done. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro; 15(1): 283-300. Jan/abril, 2017.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família : Sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 6: 1171-1181 p. 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil [online]**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2012.

GOETZ, K. et al. How do patients with a Turkish background evaluate their medical care in Germany? An observational study in primary care. **Patient Preference and Adherence**. 9: 1573-1579, 2015.

GOMES, F.F.C. et al. Access to medium and high - complexity procedures in the Brazilian Unified National Health System: a matter of judicialization. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 30(1): 31-43, jan, 2014.

GOMES, R.N.S. et al. Evaluation of the physical structure of Basic Health Units. **Rev. Rene**. 16(5): 624-30. set/out, 2015.

GOMES, Y. et al. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9): 2749-2759, 2016.

GOMIDE, M.F.S. et al. Analyses of access and care among PMAQ-AB results and users satisfaction of emergency department similarities and differences. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, 50(1). 29-38, 2017.

GONZÁLEZ-QUINONES, J. C.; RESTREPO-CHAVARRIAGA, G.; HERNÁNDEZ-ROJAS, A. D. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención em Bogotá. **Rev. Salud Pública**. Bogotá - Colombia. 16: 871-884 p. 2014.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbanas da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 28: 131-6 p. 1994.

HALCOMB, E.J.; PETERS, K.; DAVIES, D. A qualitative evaluation of New Zealand consumers perception of general practice nurses. **BMC Family Practice**. 14:26 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/26>, 2013.

HARZHEIM, E. et al. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Validação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool - Brasil Adultos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. 8: 274-284 p. 2013.

_____. Internal Consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for Child Health Services. **Cad Saúde Pública**. 22: 1649-1659 p. 2006.

IBGE, B. O. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades**. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314790&search=minas-gerais|passos>>. acesso em 26 de setembro de 2016., 2016.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional - usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Cien. Cuid. Saúde**. 13(3): 556-562. Jul/Set, 2014.

KARIN, R. M.; ABDULLAH, M. S.; RAHMAN, A. M. Identifying role of perceived quality and satisfaction on the utilization status on the community clinic services, Bangladesh context. **BMC Health Services Reserch**. 16 2016.

KEBIAN, L.V.A., ACIOLI, S. Home visits by Family Heath Strategy nurses and community heath agents. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>.

KOSLOV, S. et al. Across the divide: Primare Care Departments working together to redesing care to achieve the triple aim. **Healthc (Amst). Author Manuscript**. 4(3): 200-206. doi : 10.1016/j.hjdsi.2015.12.003.; 2016.

LEITE, R.S. et al. Family Heath Strategy versus Health Center: types of services from the user's perception. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24(3): 323-329, 2016.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 23: 553-9 p. 2015.

LIMA, S.A.V.et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 25(2): 635-656, 2015.

LIONIS, C. et al. Informing primary care reform in Greece: patients expectations and experiences (the QUALICOPC Study). **BMC. Heath Services Research**. 17:255. doi: 10.1186/s12913-017-2189-0. 2017.

LIU, Y.et al. Changing community heath service delivery in a economically less-developed rural areas in China: impact on service use and satisfaction. **BMJ open**. 4:e004148. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004148. 2014.

LOBO, A. et al. The association of equity, accessibility and price with primary health care user's satisfaction. **West J. Nurs Rev.** 36: 191-208 p. 2014.

MEDEIROS, C.R.G. et al. Nurses and doctors turnover an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. **Ciência & Saúde Coletiva.** 15 (Supl 1): 1521-1531, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: OPAS; 2012.

MENDES, V. L. P. S. Avaliação dos Serviços de Saúde pelos Usuários: questão de cidadania. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador. 18: 97-110 p. 2003.

MENICUCCI, T. M. G. História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos.** Rio de Janeiro. 21: 77-92 p. 2014.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo. Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo. Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis- RJ: Vozes, 2002.

MISHIMA, S. M. et al. Satisfação do Usuário sob a Perspectiva da Responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 24 2016.

_____. A assistência da Saúde da Família sob perspectiva dos usuários. **Rev. Lat. Am. Enf.** 18 2010.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 24: 127-146 p. 2014.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. London: Sage: 1997.

NASCIMENTO, M.A.A et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no Programa Saúde da Família. ASSIS, M.M.A.et al., orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários [online]**. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232- 0877-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS.In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil [online]**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2012.

OLIVEIRA, M. A. D. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Bras. Enfermagem**. 66: 158-64 p. 2013.

OPAS; OMS. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington 2008.

OTERO PUIMI, A.; SATURNO HERNANDEZ, P. J.; MARQUETE PALOMER, R. Mejora de la calidad en atención primaria. In: (Ed.). In: A.M. ZURRO. **Atención Primaria**. Madrid: Edit Elsevier, 1999.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil.In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil [online]**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2012.

PAIVA, M. B. P. et al. Uma Contribuição para a Avaliação da Atenção Primária à Saúde pela Perspectiva do Usuário. **Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 25: 925-950 p. 2015.

PANATTONI, L. et al. Patients report better satisfaction with part-time primary care physicians, despite less continuity of care and access. **J. Gen. Intern. Med.** 30(3): 327-33. doi: 10.1007/s11606-014-3104-6. 2014.

PAPP, R. et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. **BMC. Family Practice**. 15: 128, 2014.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple - item scale of measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**. 64: 12-40 p. 1988.

PASSOS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Avaliação externas das equipes que aderiram ao PMAQ em Passos - MG**. 2015.

PAULA, W.K.A.S. et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP**;50(2):331-340. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>. 2016.

PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre - RS. 32: 48-55 p. 2011.

PEREZ, M.J.V.; ACEITUNO, L. Evaluación de la satisfacción em um Centro de Atención Primaria de Salud. **Cuad Méd Soc (Chile)**; 53(4): 233-240. 2013.

PIRES, M.R.G. et al. The utilization of Primary Care and Emergency services in the SUS of Belo Horizonte: health problems, procedures and choice of services. **Saúde. Soc. São Paulo**. 22(1): 211-222, 2013.

PMAQ. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - Relatórios Analíticos**. Disponível em < http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat_analiticos/gestao/. Acesso em 23 de dez. de 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª Ed. 2011. 670.

PROTASIO, A.P.L. et al. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian Primary Health Care. **Cad. Saúde Pública**. 33(2). 2017.

QUAGLIATO, F.F.; NETTO, A.R.; FORSTER, A.C. Questionário de diagnóstico compartilhado da atenção básica: equipes de saúde da família típicas x ampliadas. **Saúde Soc.** São Paulo. 24(1): 141-151. 2015.

RAIVIO, R. et al. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care - a 14-year follow-up questionnaire study. **BMC Family Practice.** 15(98). 2014.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 6: 50-61 p. 1990.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto e contexto Enfem.** Florianópolis - SC. 4: 779-86 p. 2008.

ROCHA, N.B. et al. Knowledge about user embracement with risk classification by the Primary Care team. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná** | Londrina | V. 18 | N. 1 | P. 72-80 | julho 2017

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 24: S69-S78 p. 2008.

ROCHA, S.A.; BOCCHI, S.C.M.; GODOY, M.F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis. Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. 26(1): 87-111, 2016.

RODRIGUES, L.B.B. et al. Primary Health Care in the coordination of health care networks: na integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva.** 19(2); 343 - 352, 2014.

ROMANHOLI, R.M.Z., CYRINO, E.G.A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [en linea]** 2012, 16 (Septiembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 16 de dezembro de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180124621008>> ISSN 1414-3283

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e a satisfação dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre (RS). 32: 345-51 p. 2011.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre os seus pontos de inserção. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17: 765-774 p. 2012.

SANDOVAL, N. B.; MARTÍNEZ, A. C.; LLOBET, J. M. V. Validación de la versión em español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**. 31: 32-9 p. 2012.

SANTOS F.P.A. et al. Nurse care practices in the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**. [Internet]. 69(6):1060-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>. 2016.

SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A.; MARTINS, A.B.T. **Tecnologia em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado**. [Livro eletrônico].1ª Ed. EdUECE. 483p. Fortaleza - CE, 2016.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em Serviços Públicos: os desafios da atenção primária. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis. 7: 69-74 p. 2012.

SEBO. P; HERRMANN, F.R.; HALLER, D.M. How do GPs in Switzerland perceive their patients' satisfaction and expectations? An observal study. **BMJ open**. 5:e007085. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007085. 2015.

SENA, A. L. C.; FERREIRA, L. N.; OLIVEIRA, R. S. Acolhimento e satisfação do usuário na Estratégia Saúde da Família: uma experiência de êxito. **Rev. APS**. 18: 134-40 p. 2015.

SHAN, S.M. et al. Motivation and retention of Physicians in Primary Health Care facilities: a qualitative study from abbotabad, Pakistan. **Int J Heath Policy Manag**. 5(8), 467-475, 2016.

SILVA, C.R. et al. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4): 1109-1120. 2017.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. Brazilian scientific production on the Family Heath Strategy and the change in the model of care. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18 (1): 221-232, 2013.

SILVA, M.R.F. et al. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **REME. Rev. Min. Enferm**. 19(1): 249-254, Jan/Mar, 2015.

SILVA, T.R.B et al. Service user's perceptions of the Mais Médicos (More Doctors) Program in the municipality of Mossoró, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9): 2861-2869, 2016.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primay Care Assessment Tool. **J. Farm. Pract.** 50: 161-175 p. 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.2004.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo. 20: 927-934 p. 2011.

TANG, L. The influences of patient's trust in medical service and attitude towards health policy on patient's overall satisfaction with medical service and sub satisfaction in China. **BMC Public Health**. 11. 2011.

TEIXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador. Edufba, 237p.2006.

TRAD, L. A. B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ. 3: 777-796 p. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo - SP.: 1987.

VALIUS, L.; RASTENYTE, D.; MALINAUSKIENE, V. Evaluation of the quality of services in primary health care institutions. **Medicina (Kaunas)**. 47: 57-62 p. 2011.

VASAN, A. et al. Baseline assessment of adult and adolescent primary care delivery in Rwanda: an opportunity for quality improviment. **BMC. Health Services Research**. 13:518. 2013.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F., PROFETA-DA-LUZ, Z.M. Factor associated to the access to health services from the point of view of professionals and users of basic reference unitd. **Saúde Soc.** São Paulo. 24(1): 100-112, 2015.

WEI, X. Changes in the perceived quality of primary care in Shanghai and Shenzhen, China: a difference-in-difference analysis. **Bull World Health Organ.** 93: 407-416, 2015.

WHO. World Health Organization. **Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care.** Alma - Ata, USSR 1978.

_____. World Health Organization. **The World Health report 2008: primary health care now more than ever.** Geneva, Switzerland: WHO, 2008.

ZLATEVA, L. et al. Development and validation of the Medical Home Care coordination survey for accessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives. **Health Services Research**, 15:226. doi 10.1186/s12913-015-0893-1, 2015.

ANEXO A – Ficha de cadastro individual no E-SUS

CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO _____	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____	MICROÁREA* ____ ☐ FA
-------------------------	--	--------------------------------------	--

NOME COMPLETO*: _____

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: ____/____/____ SEXO*: ☐ F ☐ M

RACA/COR*: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia**: _____ Nº NIS (PIS/PASEP) _____

NOME COMPLETO DA MÃE*: _____
☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI*: _____
☐ Desconhecido

NACIONALIDADE*: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO**: _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO*: ____/____/____

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO*: _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO*: _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL*: ____/____/____ TELEFONE CELULAR: () _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente	OCUPAÇÃO _____
--	-------------------

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? ☐ Creche ☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Classe de Alfabetização - CA ☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) ☐ Ensino Médio Especial ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo) ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) ☐ Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO ☐ Empregador ☐ Assalariado com carteira de trabalho ☐ Assalariado sem carteira de trabalho ☐ Autônomo com previdência social ☐ Autônomo sem previdência social ☐ Aposentado/Pensionista ☐ Desempregado ☐ Não trabalha ☐ Servidor público/militar ☐ Outro
--	--

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? _____		

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra ☐ Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Homem transexual ☐ Travesti ☐ Mulher transexual ☐ Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA*? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL(ES)? ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra ☐ Visual ☐ Física
--	---	--

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO
☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:
 Data do óbito: ** ____/____/____ Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA
 Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

 Assinatura

ANEXO B – Autorização da Instituição

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Autorização da Instituição

À Secretaria Municipal de Saúde adjunta Sra. Vanessa Luzia Queiroz Silva.

Gostaríamos de solicitar autorização para a realização da dissertação de mestrado:
“Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde”.

Esta pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, tem o objetivo de analisar a satisfação dos usuários quanto à assistência recebida em serviços de atenção básica de Passos/MG, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

Para tanto, terá como cenário 28 unidades de saúde, sendo 19 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 09 Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS). Para coleta de dados serão desenvolvidos 3 grupos focais. Os participantes selecionados aleatoriamente. A pesquisa será desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. Serão seguidas as normatizações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

O estudo será conduzido pela mestranda da EERP, Clarissa Carneiro Leão Batista e orientadora Prof. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi e com apoio da Prof. Dra. Lauren SuemiKawata.

Solicitamos a colaboração, autorizando a realização da pesquisa com os usuários da Atenção Básica do município de Passos/MG.

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa, CONCORDO com a realização neste município.

Passos, 07 de fevereiro de 2017.

Vanessa Luzia Queiroz Silva

Secretaria Municipal de Saúde Adjunta – Passos/MG

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 076/2017, de 17.04.2017

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 (CEP-EERP/USP) em 17 de abril de 2017.

Protocolo CAAE: 64835017.9.0000.5393

Projeto: Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da atenção primária à saúde

Pesquisadores: Clarissa Carneiro Leão Batista

Lauren Suemi Kawata (coorientadora)

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

APÊNDICE A- Roteiro para desenvolver o grupo focal

I. Falar sobre a pesquisa: Satisfação dos usuários de serviços de Atenção Básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde

Finalidades da pesquisa: melhorar dos serviços de atenção básica, fornecer subsídios para tomadas de decisão pela gestão local.

Finalidade do grupo focal: ouvir as pessoas em grupo.

II. Apresentação dos participantes

- a. Falar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- b. Ler o TCLE e esclarecer dúvidas sobre o mesmo.
- c. Entregar duas vias do TCLE assinadas pelos pesquisadores aos participantes da pesquisa.
- d. Receber uma via assinada por cada participante.

III . Questões norteadoras para o grupo.

- 1- Falem sobre suas expectativas ao procurarem a Unidade de Saúde.
- 2- Como vocês avaliam a assistência prestada na Unidade de Saúde em que vocês são atendidos? Há dificuldades para chegarem à Unidade de Saúde? Conseguem atendimento? A equipe faz acompanhamento? São encaminhados para outros serviços, quando há necessidade?
- 3- O que os deixam satisfeitos quando vão à Unidade de Saúde? Podem dar um exemplo de uma situação que gerou satisfação.
- 4- O que os deixam insatisfeitos quando vão à Unidade de Saúde? Podem dar um exemplo de uma situação que gerou insatisfação? O que sugerem para melhorar o atendimento?
- 5- Como você acha que deveria ser a assistência na Unidade de Saúde?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (tele) para participação em pesquisa (a ser impresso frente e verso)

Convidamos o(a) senhor(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da atenção primária à saúde”, que será desenvolvida por Clarissa Carneiro Leão Batista, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob orientação da Profa. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi e co-orientação da Profa. Lauren Suemi Kawata.

A pesquisa tem o objetivo de analisar a satisfação dos usuários quanto à assistência recebida em serviços de atenção básica de Passos-MG, sob a perspectiva dos atributos essenciais da atenção primária à saúde.

Caso aceite o convite, o(a) senhor(a) participará de um grupo que será norteado por um roteiro contendo questões sobre: suas expectativas ao procurar a unidade de saúde; como avalia a assistência prestada na unidade de saúde; o que o deixa satisfeito e insatisfeito quando vai à unidade de saúde; como acha que deveria ser a assistência na unidade de saúde. Esse grupo terá duração estimada de 2 horas, será áudio gravado e realizado na Casa da Cultura de Passos em data e horário agendados. A gravação, utilizada somente para fins dessa pesquisa, será transcrita na íntegra para posterior análise das pesquisadoras e destruída posteriormente.

Os riscos desse estudo são cansaço e desconforto em expressar sua opinião. Caso haja algum desconforto ou cansaço, o(a) senhor(a) poderá acessar a um dos pesquisadores aqui presentes, em qualquer momento durante a realização da pesquisa, para que eles possam atuar de modo a minimizar ou sanar os desconfortos.

Os benefícios residem no fato de que resultados da pesquisa fornecerão aos gestores e aos profissionais de saúde informações que poderão auxiliar a tomada de decisão em busca de melhor a assistência nos serviços.

Os resultados serão divulgados para a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e nas Unidades de Saúde, de forma a estarem disponíveis para conhecimento da população. Também poderão ser publicados em revistas e apresentados em eventos científicos.

Para participar deste estudo o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá dinheiro ou qualquer valor. O transporte até a Casa da Cultura e o retorno para o seu domicílio será feito por meio de uma van, contratada pela pesquisadora, exclusivamente para este fim.

O (A) senhor(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, haverá sigilo de identidade. Sua participação não prejudicará seu atendimento na unidade de saúde.

O (A) senhor(a) terá o direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá ser esclarecido diretamente com a pesquisadora responsável através do telefone (035) 3522-7032 ou pelos e-mails: cclbatista@gmail.com ou avrmlccr@eerp.usp.br ou lsuemi@hotmail.com

Esta pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP da EERP-USP: Telefone: (16) 3315-9197, horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Avenida Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do estudo “Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da atenção primária à saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para retirar este consentimento a qualquer situação e dia da pesquisa.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Passos, ____ de _____ de 2017.

Nome do participante:

Assinatura participante: _____

Clarissa Carneiro Leão Batista Assinatura: _____
Endereço: Rua: Lavras, 319, Muarama – Passos/MG

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi Assinatura: _____

Lauren Suemi Kawata Assinatura: _____