

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Cristiane Luiza de Vargas

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO  
SEGUNDO CICLO DO PMAQ**

Santa Cruz do Sul

2017

Cristiane Luiza de Vargas

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO  
SEGUNDO CICLO DO PMAQ**

Trabalho de conclusão apresentado  
ao Curso de Enfermagem da  
Universidade de Santa Cruz do Sul  
– UNISC, para a obtenção do título  
de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof. Ms. Luciane  
Maria Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2017

Santa Cruz do Sul, novembro de 2017

**PMAQ: SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Cristiane Luiza de Vargas

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Luciane Maria Schmidt Alves

---

Prof. Suzane Beatriz Frantz Krug

---

Prof. Anelise Miritz Borges

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CAAE	Certificado de Apreciação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS	Sistema Único de Saúde Eletrônico
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO I.....</b>	<b>5</b>
	1.1. Resumo.....	5
	1.2. Abstract.....	5
	1.3. Introdução.....	6
	1.4. Métodos.....	8
	1.5. Resultados e discussão.....	10
	1.6. Conclusão.....	17
	1.7. Referências.....	17
	Apêndice A – Tabela I.....	20
<b>2</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO II.....</b>	<b>22</b>
	2.1. Resumo.....	22
	2.2. Abstract.....	23
	2.3. Introdução.....	23
	2.4. Métodos.....	26
	2.5. Resultados e discussão.....	28
	2.6. Conclusão.....	37
	2.7. Referências.....	39
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE A – Projeto de Monografia.....</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICE C – Instrumentos de Coleta de Dados I.....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICE D – Instrumentos de Coleta de Dados II.....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – Termo de Aceite.....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXO B - Normas da Revista.....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética.....</b>	<b>99</b>

**OBS: Em função do tempo estipulado para a apresentação pública, será explanado somente o Artigo I. Porém, gostaria que os dois artigos fossem avaliados pela banca examinadora.**

## 1 ARTIGO CIENTÍFICO

### **PMAQ: Satisfação do usuário da atenção primária em saúde**

### **PMAQ: Satisfaction of the primary health care user.**

Cristiane Luiza de Vargas<sup>1</sup>

Luciane Maria Schmidt Alves<sup>2</sup>

**Conflito de interesse:** “*Declaro que não houve conflito de interesse na concepção deste trabalho*”.

#### **1.1 Resumo**

Objetivou-se conhecer a satisfação dos usuários quanto ao acesso e a assistência prestada na atenção primária em saúde. Realizou-se uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva de natureza básica, em onze Estratégias de Saúde da Família, com 219 sujeitos, no período de julho a setembro de 2017. Constata-se elevado grau de satisfação dos usuários e as ações desenvolvidas de acordo com os objetivos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Porém, os mecanismos de participação e a mínima presença em programas sociais ainda apresentam fragilidades na assistência.

**Palavras-chave:** Atenção primária; Satisfação do usuário; Saúde coletiva.

#### **1.2 Abstract**

The objective was to know the satisfaction of users regarding access and assistance provided in primary health care. A quantitative, exploratory and descriptive research of a basic nature was carried out in eleven Family Health Strategies, with 219 subjects, from July to September, 2017. There is a high level of user satisfaction and actions developed in accordance with the objectives of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ in Portuguese). However, the mechanisms of participation and minimal presence in social programs still have weaknesses in assistance.

**Keywords:** Primary care; User satisfaction; Collective health.

### 1.3 Introdução

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) surgiu da necessidade de que se tenha uma melhor qualidade no atendimento aos usuários da atenção básica, sendo implementado a partir da portaria 1.654 de 19 de abril de 2011. Diante disso, foi necessário realizar adaptações tanto na estrutura física como na forma de acolher o usuário, garantindo ao paciente um mínimo de resolutividade e satisfação. (BRASIL, 2012a)

Segundo Escorel (2007), a Atenção básica deve ser a principal porta de entrada preferencial para o sistema de saúde que, se bem organizada, tem potencial para resolver/atender a maioria dos problemas/necessidades de saúde da população, filtrando o acesso a níveis de maior complexidade de assistência através da realização de encaminhamentos para a atenção especializada, da utilização do serviço sempre que necessário e a exigência do atendimento, assegurando seus direitos.

No que se refere aos direitos constitucionais, em 2006, foi publicada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, considerando o Art. 196 da Constituição federal que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão. (BRASIL, 2006)

Estudo realizado por Teixeira (2001) citado por Brasil (2004), sobre a percepção dos usuários relacionado as práticas do Programa de Saúde da Família (PSF), anterior ao PMAQ, apontavam a importância da participação popular, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita.

Geralmente, o PMAQ é avaliado sob o ponto de vista dos trabalhadores, raramente é analisado o nível de satisfação dos usuários, ou mesmo contemplando as necessidades dos mesmos, podendo ser uma das causas da ineficiência no atendimento ao usuário. Existem inúmeros estudos tratando das equipes, dos gestores e coordenadores, mencionando os incentivos, as dificuldades e benefícios do programa para as unidades, no entanto, ainda são poucos os estudos que avaliam a satisfação do usuário na atenção básica, (PROTASIO, 2014). Conforme Cotta (2005), citado por Protasio (2014), é importante a análise da avaliação partindo do ponto de vista dos usuários, tendo ciência de que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o SUS existem em função da comunidade, portanto, o usuário é deve ser um sujeito ativo no processo de construção da sua saúde.

Portanto, esta pesquisa busca conhecer a satisfação dos usuários quanto ao acesso e a assistência a ele prestada nos serviços de saúde da atenção básica, no intuito de contribuir para um melhor atendimento, garantindo êxito nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. As características e os fatores que exercem influência sobre o nível de satisfação dos usuários poderão ser apontados de diversas formas dentro do mesmo serviço tendo como pressuposto que o grau de satisfação vai muito além das questões clínicas e patológicas.



## 1.4 Métodos

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva de natureza básica, nas estratégias de saúde da família com equipes homologadas para o terceiro ciclo do programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do município de Santa Cruz do Sul (RS) no período de julho a setembro de 2017.

O município está localizado na região do Vale do Rio Pardo, distante 155 km da Capital Porto Alegre – RS. É responsável pela quinta maior economia do Estado e uma das dez maiores cidades do Rio Grande do Sul, com pouco mais de 126 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2010. (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017)

Pólo mundial da indústria fumageira, o Município tem no tabaco sua principal fonte de receita, emprego e renda. Segundo dados da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), referentes ao Diagnóstico Sócio-econômico das Propriedades Fumicultoras (2014/2015), atualmente são 2,6 mil proprietários e 3,4 mil famílias envolvidas com essa cultura, em propriedades com um tamanho médio de 12,7 hectares (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

Com relação aos serviços de saúde ofertados à população, Santa Cruz do Sul possui uma rede completa. São procedimentos de alta complexidade nas mais diversas áreas, serviços de reabilitação e recursos que vão da medicina preventiva às intervenções estéticas. Essa estrutura é composta por três hospitais - Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne – cerca de 50 consultórios e mais de 220 médicos, dezenas de clínicas, gabinetes odontológicos e laboratórios com aparelhos de última geração (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

Sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão os serviços de Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde, UBS, ESFs, Cemai, Hospitalzinho, Divisão de Saúde Bucal), serviços de Atenção Especializada (Cemas, Caps II, Capsia, Caps AD, Central de Distribuição de Medicamentos, Central de Marcação/Cartão SUS, Umrest, Cerest/Vales, Unidade de Vigilância Epidemiológica), além dos programas Bem-Me-Quer, Saúde em sua Casa, Primeira Infância Melhor, Prevenção à Violência e Samu (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram residir na área de abrangência da unidade há pelo menos um ano, ser maior de 18 anos e não ter passado por nenhum tipo de atendimento no dia (para que não avaliem a equipe e a unidade baseados neste atendimento). Inicialmente foram selecionadas 12 ESFs respeitando alguns critérios como ter concluído o segundo ciclo do PMAQ e estar localizado na área urbana do município. No entanto, aceitaram participar do estudo 219 usuários de 11 ESFs. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob o parecer número 2167760.

As coletas foram realizadas em todos os turnos de trabalho, mediante agendamento prévio com os coordenadores de cada unidade e tiveram em torno de 15 minutos de duração. Os sujeitos foram abordados em sala de espera e esclarecidos sobre o caráter da pesquisa, após este momento, os que aceitaram participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado conforme os indicadores de avaliação externa do documento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) do Ministério da Saúde, denominado de ‘Pesquisa de satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil’. Cabe frisar que o questionário da AMAQ traz, como pontos importantes, as questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde (distância da unidade, horário de funcionamento), como são feitas as marcações de consultas e o tempo de espera das mesmas, o acolhimento à demanda espontânea (como é feita a escuta, por quem e quanto tempo demora para ser atendido), a atenção integral a saúde (envolvimento da equipe com as necessidades dos pacientes, a privacidade, as orientações, a humanização), entre outros pontos a serem analisados. (BRASIL, 2012d). Esses dados fornecem informações importantes para que se possa avaliar tanto os profissionais de saúde como o tipo de atendimento.

Os dados foram organizados no sistema Windows Excel e o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Para a análise de dados, utilizou-se estatística descritiva que é uma forma usada para organizar, resumir e descrever aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos.

## 1.5 Resultados e Discussão

Dos 219 usuários que compõem este estudo, 62,1% do sexo feminino e 32,9% são do sexo masculino com uma média de 44,31 anos de idade, predominou a raça branca, baixas condições socioeconômicas e pouca escolaridade como mostra a *Tabela 1: Perfil socioeconômico dos usuários das Estratégias de Saúde da Família, do Município de Santa Cruz do Sul – RS, 2017*. A população das ESFs pesquisadas é de 41.300 usuários, conforme a *Tabela 2: População das Estratégias de Saúde da Família, do Município de Santa Cruz do Sul – RS, 2017*.

Quando questionados sobre o acesso aos programas sociais, 16,9% está cadastrado no programa Bolsa Família, destes, apenas 15,5% recebem o benefício. Este programa tem como finalidade promover o acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza, é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social (BRASIL, 2012e). Dos 84,5% que não recebem dinheiro do programa; 5,5% referem não receber o auxílio porque o cadastro está desatualizado; 11,0% porque a família não cumpre mais os critérios exigidos pelo programa como comprovar extrema pobreza e ter em sua composição gestantes, nutrízes, crianças entre 0 e 12 anos ou adolescentes até 15 anos; 1,8% não comprovou as condicionalidades e 81,7% relata ter outros motivos pelos quais não recebe dinheiro do programa de saúde.

Ainda conforme o Brasil (2012e), 'as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Por este motivo, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social'.

Do total dos participantes, 90,0% ainda mencionaram não ter recebido nenhum tipo de abordagem ou esclarecimento por parte da equipe de saúde no que se refere aos critérios de inclusão, exclusão ou permanência no programa, o que caracteriza uma falha na assistência no que se refere às obrigações dos serviços de saúde junto ao programa. O Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde traz como orientação ser 'fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família, deixando-a ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição' (BRASIL, 2010)

Sobre as questões relacionadas ao acesso à unidade de saúde, 82,2% dos usuários afirmaram levar menos de trinta minutos de suas casas até a ESF, o que atende aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde sobre a localização ser o mais central possível possibilitando fácil acesso para a população adstrita, comprovado por 76,3% da população que afirma ser muito fácil chegar até unidade de saúde (BRASIL, 2012b; 2012c).

No que se refere aos horários de atendimento, 64,4% relatam ser informados pela equipe sempre que há alguma alteração. Quando perguntados sobre qual seria o horário que mais facilitaria o seu atendimento e de sua família, 30,59% revela a necessidade de ter atendimento noturno, 16,89% acredita que a unidade de saúde deveria abrir antes do horário de costume, 11,87% prefere o horário de almoço, 10,04% aos sábados, 8,68% após as 17h até as 18h, 0,91% aos domingos e 25,11% não sabe ou não respondeu. No entanto, a carga horária de trabalho da ESF deve respeitar o limite de 40 horas semanais (BRASIL, 2012), não sendo permitido para esta modalidade o funcionamento noturno, aos sábados e/ou domingo como rotineiros, exceto em casos de campanhas ou mutirões de saúde.

Com relação à marcação de consultas na unidade de saúde, a grande maioria, 79,45% mencionou ter que ir pessoalmente realizar o agendamento, sendo que 24,7% do total refere ser possível realizá-lo em qualquer dia da semana, 67,1% em dias e/ou horários específicos e 8,2% não sabe/não respondeu. Dos 219 usuários, 16,4% conseguem consulta para o mesmo dia. A política de APS (Atenção Primária à Saúde) tem como foco, elaborar estratégias para que se reduza o tempo de espera e as filas para agendamento de consultas, entretanto, ainda não é possível visualizar ações efetivas para que esta demanda seja atendida de forma eficaz. Ainda conforme Lima, 2007 ‘apesar de fácil simulação a redução do tempo de consulta é uma medida de difícil implementação uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que a primeira consulta de um paciente gire em torno de 20 minutos e o Conselho Regional de Medicina (CRM) indica que a mesma tenha no mínimo 15 minutos. Ou seja, os valores desse processo não podem sofrer alterações reais, apenas no plano da simulação’.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que prima por uma postura ética que implica na escuta do usuário e suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às

necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL 2010a). Neste contexto, 63,0% dos pacientes já necessitaram deste tipo de atendimento, sendo que 42,9% do total de entrevistados afirmam terem sido ‘muito bem atendidos’ e que este atendimento tem um tempo médio de espera de até 30 minutos, conforme 34,7% dos questionados. Esta modalidade de atendimento pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, desde que este profissional tenha sido capacitado para tal. Nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, este atendimento é realizado majoritariamente pela equipe médica, perfazendo um total de 30,1%, seguido dos enfermeiros com 28,8% dos atendimentos.

Analisando alguns aspectos relacionados à atenção integral a saúde e a resolutividade das ações desenvolvidas pela equipe, 72,1% dos usuários afirma perceber interesse por parte dos profissionais em resolver os seus problemas e atender as suas necessidades. Um dos princípios do SUS, a integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí atender às demandas e necessidades desta pessoa. (PINHEIRO, 2009)

Dos 219 sujeitos, 76,3% garante que tem seu corpo ou de seu familiar examinado durante os atendimentos, 79,0% relatam sentirem-se à vontade para falar com qualquer profissional da equipe sobre suas preocupações. Neste aspecto, 85,4% menciona sentir-se respeitado dentro do serviço de saúde. Na pesquisa de Protásio, (2017 p. 1840), foi constatado que, em todas as regiões (exceto a Centro-Oeste), quando o usuário não se sente sempre ou se sente algumas vezes respeitado pelos profissionais quanto aos seus hábitos culturais, costumes e religião, diminui-se mais de 2 vezes a chance de obter a satisfação em relação a quem sempre se sente respeitado pelos profissionais.

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde APS e está relacionada com a articulação entre os diversos serviços e ações de atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA, 2006). Sendo assim, 50,7% dos entrevistados afirmam ter necessitado de encaminhamentos para serviços especializados, sendo estes agendados realizados pela própria unidade de saúde, que posteriormente informa os pacientes.

No que se refere a visita domiciliar, as respostas envolvendo o agente comunitário de saúde 50,7% dos usuários afirmam receber a visita mensalmente como recomenda o Ministério da Saúde. O agente comunitário de saúde é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços da Atenção Primária à Saúde e a comunidade (BRASIL, 2009).

Considerando a satisfação com o cuidado recebido da equipe de saúde das ESFs, para 46,1% o cuidado recebido é ‘muito bom’; para 42,0% dos usuários é ‘bom’; para 9,6% o cuidado é considerado “regular”; para 0,9% ‘ruim’ e 0,5% ‘muito ruim’ Esta questão avaliou de uma forma geral o quão satisfatório é o cuidado prestado pelos profissionais no entendimento dos usuários, envolvendo todo o processo de atendimento desde a chegada até o momento em que deixam a unidade de saúde considerando todos os atendimentos recebidos desde o primeiro contato até o momento da entrevista. Conforme Freitas et. al. (2014), ouvir o que os pacientes têm para relatar sobre o cuidado que lhe é prestado e sobre sua satisfação pode ser uma chance de construção de um indicador de resultado que aponte aos gestores alguns caminhos decisórios de transformações e inovações.

Avaliando a satisfação do usuário a respeito das condições de higiene, limpeza e estrutura do prédio da unidade de saúde, 72,15% relatam boas condições de uso, 67,58% boas condições de limpeza e 25,57% acredita que o número de cadeiras disponíveis na recepção é suficiente para que todos os usuários possam aguardar o atendimento sentados. Existem muitas queixas quanto á estrutura das unidades de saúde, que vão desde a falta de espaço físico até as necessidades de pequenos reparos como: falta de pintura, vidros quebrados, pouca iluminação, móveis antigos e de difícil adaptação para os idosos, cadeirantes e crianças, entre outros aspectos. Este quesito esbarra nas dificuldades financeiras em manter as unidades com um mínimo de organização e manutenção, porém, a falta destes cuidados faz com que a população se sinta desrespeitada/abandonada pelos gestores de saúde.

Quando se trata dos mecanismos de participação e interação, pode-se perceber que há uma certa dificuldade para que sejam expressas as opiniões e reclamações por parte dos usuários, o que fica explícito por 73,5% das respostas. Dos usuários questionados, 55,7% não sabe da existência de um telefone de ouvidoria. Conforme os princípios e diretrizes do SUS, é fundamental a participação popular para que os serviços de saúde tenham melhores resultados na

qualidade de vida da população, garantindo assim, o processo de construção do povo, profissionais de saúde e esferas governamentais. (ULHOA, 2012)

## 1.6 Conclusão

Constata-se um elevado nível de satisfação por parte dos usuários dos serviços de saúde no Município de Santa Cruz do Sul, estando este nível de satisfação relacionado a facilidade de acesso a unidade e aos serviços de saúde ofertados, ao acolhimento, ao tempo de espera para a consulta, a efetividade das ações de referência e contra referência, as visitas domiciliares, aos cuidados recebidos antes, durante e após o atendimento. Cabe ressaltar também que há grande satisfação no relacionamento profissional-usuário devido ao envolvimento e comprometimento com a resolutividade dos problemas sinalizados por eles. Outro fator bastante relevante a ser mencionado relaciona-se ao fato dos usuários sentirem-se a vontade para falar sobre suas necessidades a qualquer membro da equipe, sentindo-se acolhidos e respeitados por todos.

É fundamental ressaltar a majoritária participação das mulheres na pesquisa, a baixa escolaridade dos participantes e a renda familiar mediana da população, tais fatores podem contribuir para que o nível de satisfação com o serviço tenha atingido alto nível de satisfação, pois o usuário tende a ser mais condescendente com o serviço recebido.

Outro fato relevante é que a maioria da população mesmo tendo baixas condições socioeconômicas não é beneficiária dos programas sociais como o bolsa família, deixando assim de receber auxílio financeiro que poderia contribuir de forma importante para a melhoria das suas condições de saúde e alimentação. Também não recebem nenhum tipo de informação ou esclarecimento por parte da equipe para que possam ser incluídos no público beneficiado, o que está em desacordo com as exigências do Ministério da Saúde.

Observa-se que o PMAQ tem como objetivos ampliar a melhoria das condições de saúde e satisfação da população usuária dos serviços, facilitar o acesso, aumentar a efetividade das ações, favorecer a participação popular nas decisões no que diz respeito a sua saúde entre outros. Porém, quando se refere aos mecanismos de participação e interação dos usuários, esbarra-se na dificuldade imposta para que os mesmos consigam expressar-se. Essa dificuldade fica explícita nas questões que se referem a demora ou ausência de retorno por parte da coordenação dos serviços e pela falta de divulgação dos meios pelos quais tais demandas possam ser encaminhadas aos gestores, o que impede que se cumpra o preconizado pelo programa.



Este estudo possibilitou considerar exitosa a experiência do programa, de um modo geral, sob a ótica dos usuários, estando as ações desenvolvidas em conformidade com o que prioriza o programa, tendo atingido um grau satisfatório, parcialmente, no cumprimento dos objetivos estipulados pelo PMAQ.

Os resultados desta pesquisa sugerem a realização de outros estudos, de âmbito qualitativo para que sejam melhor compreendidas as necessidades dos usuários, visando melhor clareza e detalhamento dos resultados, agregando maior entendimento e fidedignidade aos dados obtidos.

## 1.7 Referências

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/ Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo/ministério da saúde. Brasília 2012a. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ), 2012d. Documento síntese para avaliação externa. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Externa\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012b. Equipe de Saúde da Família. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=esf](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf)>. Acesso m: 26 out. 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012c. Programa Bolsa Família. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_bfa.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php)>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 68 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_orientacao\\_sobre\\_bolsa\\_familia.PDF](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.PDF)>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_bfa.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php)>. Acesso em: 15 out. 2017.

SCOREL, S, Giovanella L, Magalhães M.H.M.; Senna M.C.M.; O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>>. Acesso em: 20 out. 2017.

FREITAS. J.S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf)>. Acesso em: 13 Dez. 2017.

LIMA. F. X. C.; BELDERRAIN. M. C. N. Propostas de melhorias de atendimento num Pronto Socorro utilizando Teoria de Filas e Teoria de Restrições. Anais do 13 O Encontro de Iniciação Científica e Pós Graduação do ITA –XIII ENCITA / 2007. Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, SP, Brasil, Outubro, 01 a 04, 2007. Disponível em: <<http://www.bibl.ita.br/xiiiencita/MEC15.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL. História. Histórico do município. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/municipio/historico-do-municipio>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 09 nov. 2017.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda. Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Exatas e da Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/6561>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

PROTASIO, A. P. L. et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, Jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601829&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601829&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Dez. 2017.

COTTA. R. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da família: avaliando o cuidado em saúde. Scientia Medica, v. 15, n. 4, p. 227 – 234, 2005. In: PROTASIO, Ane Polline Lacerda. Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Exatas e da Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/6561>>. Acesso em: 12 set. 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

TEIXEIRA, S.A. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2001. In: BRASIL. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Disponível em:<[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ap\\_Atencion Primaria\\_Salud\\_Familiar-Brasil.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ap_Atencion Primaria_Salud_Familiar-Brasil.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2017.

ULHOA, D. A. M. A importância da participação popular nas ações de saúde. 29f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção Básica em Saúde) Universidade federal de Minas Gerais. Uberaba, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3821.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

## Apêndice A - Tabela

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos usuários das Estratégias de Saúde da Família, do Município de Santa Cruz do Sul – RS, 2017

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual/média</b>
Sexo	Masculino	37,9%
	Feminino	62,1%
Idade	Mínimo 18	44,31
	Máximo 85	
Raça	Branca	71,2%
	Preta	18,7%
	Amarela	10,0%
Escolaridade	Não alfabetizado	1,8%
	Alfabetizado	9,6%
	Ensino fundamental incompleto	38,4%
	Ensino fundamental completo	20,1%
	Ensino médio incompleto	14,6%
	Ensino médio completo	12,3%
	Ensino superior incompleto	1,8%
	Ensino superior completo	0,9%
	Pós-graduação	0,5%
Trabalho	Sim	55,3%
	Não	44,7%
Sabe quanto recebe	Sim	66,7%
	Não	33,3%
Remuneração	Menos de um salário mínimo	11,0%
	Um a Três salários	50,7%
	Quatro a seis salários	7,8%
	Sete a nove salários	0,9%
	Mais de 10 salários	0,5%
	Não sabe	29,2%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Tabela 2. População das Estratégias de Saúde da Família, do Município de Santa Cruz do Sul – RS, 2017

<b>ESF</b>	<b>Usuários</b>	<b>%</b>
ESF 1	4.200	10%
ESF 2	4.000	9%
ESF 3	3.800	9%
ESF 4	2.000	4%
ESF 5	4.000	9%
ESF 6	3.600	8%
ESF 7	3.600	8%
ESF 8	3.600	8%
ESF 9	3.700	8%
ESF 10	3.800	9%
ESF 11	5.000	12%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

## 2 ARTIGO CIENTÍFICO II

### **Organização do serviço e ações assistenciais: a percepção dos enfermeiros coordenadores do PMAQ**

#### **Organization of the services and assistance actions: the perception of nursing coordinators of the PMAQ**

Cristiane Luiza de Vargas<sup>1</sup>

Luciane Maria Schmidt Alves<sup>2</sup>

**Conflito de interesse:** *“Declaro que não houve conflito de interesse na concepção deste trabalho”.*

#### **2.1 Resumo**

Busca-se entender, sob o ponto de vista do coordenador da equipe, o processo de trabalho e a organização do serviço para o desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no que se refere as ações de assistência realizadas ao finalizar o segundo ciclo. Realizou-se uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva de natureza básica, em 10 Estratégias de Saúde da Família, com 10 enfermeiros, no período de julho a setembro de 2017. Percebe-se êxito nas ações desenvolvidas pela equipe, assim como um elevado nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica no município de Santa Cruz do Sul.

**Palavras-chave:** Satisfação do usuário; Saúde coletiva; Profissionais de Saúde.

## **2.2 Abstract**

This study sought to understand, from the point of view of the team coordinator, the work process and the organization of the service for the development of the Access Improvement Program and of the Quality of Primary Care (PMAQ in Portuguese) in relation to the care actions performed at the end of the second cycle. A quantitative, exploratory and descriptive research of a basic nature was carried out in 10 health post (ESF in Portuguese), with 10 nurses, from July to September, 2017. The actions developed by the team, as well as a high level of satisfaction of the users of Primary Care in the city of Santa Cruz do Sul, are noticed.

**Keywords:** User satisfaction; Collective health; health professionals.



### 2.3 Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, lançado pelo Ministério da Saúde por meio da portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011, tem como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011)

O PMAQ é gerado a partir de três gestões do SUS, dos quais participaram o Ministério da Saúde, os gestores municipais e estaduais derivados de Conselhos Nacionais, que tiveram como intuito principal a criação de um programa que melhorasse a qualidade da Atenção Básica no Brasil. (BRASIL, 2012a). O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão e Contratualização/Recontratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Para que o programa consiga chegar a este patamar nacional e internacional, necessita de um responsável capacitado em cada unidade de saúde, sendo que este profissional possua competências de gerência e também uma visão crítico-reflexiva sobre os acontecimentos diante de cada situação que se apresenta. É quase unânime a figura do enfermeiro frente a este programa, porém em algumas unidades é possível perceber também a presença dos dentistas, nutricionistas, médicos entre outros profissionais realizando a coordenação deste programa. O PMAQ contribui com o trabalho do Enfermeiro no que se refere a melhora da qualidade no atendimento ao cidadão, para que haja um melhor engajamento entre a equipe e que os objetivos atentem para a mesma direção, proporcionando maior qualidade de vida para a população.

Percebe-se que o enfermeiro muitas vezes fica sobrecarregado diante das demandas, pois acaba desenvolvendo sozinho o que seria de responsabilidade de toda equipe, comprometendo o que seria específico do seu papel. Outro aspecto relevante para a enfermagem é a fragilidade dos vínculos empregatícios, o que contribui para a descontinuidade do que é planejado pela equipe, contribuindo para que o processo seja recomeçado diversas vezes ou que demore para ser retomado. Cada fase do PMAQ é uma continuidade, logo, quando há uma mudança na constituição da equipe (interferência política/partidária), há também uma quebra na sequência das ações planejadas. (BRASI, 2013a)

O programa direciona e qualifica as ações do Enfermeiro para melhorar o atendimento ao público que busca o serviço na Atenção Básica, portanto o Enfermeiro é o principal agente na busca por mais recursos para seu local de trabalho. Na esfera governamental, visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a Atenção Básica a Saúde. (BRASIL, 2012a)

Este trabalho objetiva entender, sob o ponto de vista do coordenador da equipe, o processo de trabalho e a organização do serviço para o desenvolvimento do PMAQ no que se refere as ações de assistência realizadas ao finalizar o segundo ciclo.

## 2.4 Métodos

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva de natureza básica, nas estratégias de saúde da família com equipes homologadas para o terceiro ciclo do programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do município de Santa Cruz do Sul (RS).

O município estudado está localizado na região do Vale do Rio Pardo, distante 155 km da Capital Porto Alegre – RS. É responsável pela quinta maior economia do Estado e uma das dez maiores cidades do Rio Grande do Sul, com pouco mais de 126 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2010. (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017)

Pólo mundial da indústria fumageira, o Município tem no tabaco sua principal fonte de receita, emprego e renda. Segundo dados da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), referentes ao Diagnóstico Socioeconômico das Propriedades Fumicultoras (2014/2015), atualmente são 2,6 mil proprietários e 3,4 mil famílias envolvidas com essa cultura, em propriedades com um tamanho médio de 12,7 hectares (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

Com relação aos serviços de saúde ofertados à população, Santa Cruz do Sul possui uma rede completa. São procedimentos de alta complexidade nas mais diversas áreas, serviços de reabilitação e recursos que vão da medicina preventiva às intervenções estéticas. Essa estrutura é composta por três hospitais - Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne – cerca de 50 consultórios e mais de 220 médicos, dezenas de clínicas, gabinetes odontológicos e laboratórios com aparelhos de última geração (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

Sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão os serviços de Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde, UBS, ESFs, Cemai, Hospitalzinho, Divisão de Saúde Bucal), serviços de Atenção Especializada (Cemas, Caps II, Capsia, Caps AD, Central de Distribuição de Medicamentos, Central de Marcação/Cartão SUS, Umrest, Cerest/Vales, Unidade de Vigilância Epidemiológica), além dos programas Bem-Me-Quer, Saúde em sua Casa, Primeira Infância Melhor, Prevenção à Violência e Samu (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado conforme os indicadores de avaliação externa do documento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e

da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) do Ministério da Saúde, denominado de ‘Satisfação do usuário do ponto de vista dos profissionais de saúde’. Cabe frisar que o questionário da AMAQ traz, como pontos importantes, as características das unidades de saúde de horário de funcionamento e dos serviços disponíveis aos usuários, as atividades de planejamento assim como o monitoramento dos indicadores de saúde, autoavaliação, reuniões de equipe, territorialização, acolhimento, agenda dos profissionais e da unidade, referência e contrareferência entre outros pontos a serem analisados. (BRASIL, 2012d). Esses dados fornecem informações importantes para que se possa avaliar tanto os profissionais de saúde como o tipo de atendimento.

Inicialmente, das 22 ESFs localizadas no município, foram selecionadas 12, respeitando alguns critérios como ter concluído o segundo ciclo do PMAQ e estar localizado na área urbana do município (por questões de deslocamento e cronograma). No entanto, participaram do estudo 10 ESFs (em duas unidades não foi possível a coleta por impossibilidade de contato para agendamento prévio), tendo sido questionados 10 enfermeiros coordenadores. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob o parecer número 2167760.

Os dados foram organizados no sistema Windows Excel e o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Para a análise de dados, utilizou-se estatística descritiva que é uma forma usada para organizar, resumir e descrever aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos. As ferramentas descritivas são os muitos tipos de gráficos e tabelas (de frequências e medidas descritivas como média, mediana, valor mínimo e valor máximo) e também medidas de síntese como porcentagens, índices e médias. (REIS, 2002)

## 1.5 Resultados e Discussão

O primeiro item analisou as características (modalidade, quantidade de profissionais, sistemas de informação) das 10 unidades. Os resultados apontam que 8 ESFs possuem Saúde Bucal e 8 fazem uso do sistema para registro de informações e-SUS/SISAB, um usa sistema de informação próprio e o outro não soube informar. Os sistemas e-SUS/SISAB fazem parte de uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) que tem como objetivo reorganizar as informações da Atenção Básica (AB) em um nível nacional, pois entende que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. Esta estratégia objetiva tornar concreto um novo modelo de gestão de informação que apoie os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e qualifique o cuidado ao usuário, sendo conhecido desde então como um SUS eletrônico (e-SUS), que foi definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação desse sistema de informação instituindo-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) pela Portaria GM/MS N° 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS AB para sua operacionalização. (E-SUS, 2017 e BRASIL, 2013a)

Deve-se salientar que todas as unidades de saúde oferecem atendimento em dois turnos (manhã e tarde), estando disponíveis aos usuários consultas médicas, de enfermagem, recepção aos usuários, realização de curativos, vacinação entre outros procedimentos.

Quando perguntados sobre as atividades de planejamento das ações da equipe, todas afirmam realizar, porém com diferente organização e frequência, sendo 5 delas semanalmente, 3 bimestralmente, 1 de forma trimestral e outra realiza planejamento anual. Conforme Campos (2010), 'a forma diária de planejar as ações, na maioria das vezes, é intuitiva, esquecendo que para que se tenha um bom planejamento dessas ações, deve-se fazê-lo coletivamente, ficando evidente a necessidade de não somente planejar, mas sim de que se tenha um método de planejamento que possibilite a compreensão e o compartilhamento de uma mesma linguagem (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados, etc.); que seja capaz de contribuir para o diálogo e para efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano'.

Os temas tratados nas reuniões de planejamento variam conforme a demanda, neste sentido, todas visam a construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal; 8

baseiam-se nas metas para a atenção básica pactuadas pelo município, nas informações do ( Sistema de Informação da Atenção Básica) SIAB, nas informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros) e nas questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais; 7 buscam suprir os desafios apontados a partir da autoavaliação, o envolvimento das organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade), assim como o envolvimento dos atores da comunidade nas decisões; e 6 visam o envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atua na sua área.

O planejamento familiar também é abordado pela equipe como forma de educação em saúde, tendo ações realizadas em 9 ESFs; o aleitamento materno é focado em 8; câncer do colo do útero e mama e alimentação saudável em 7; saúde do idoso em 6; saúde sexual e reprodutiva, assim como sofrimento psíquico em 5; saúde do homem, drogas e doenças crônicas em 4; grupos de esclarecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST's) em 3 e uso, abuso e dependência de benzodiazepínicos em 1.

Ainda no que se refere ao planejamento das ações em saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi desenvolvido intersectorialmente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tendo sido instituído em 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O principal objetivo é desenvolver ações de promoção da saúde articuladas entre os setores da saúde e da educação, visando o cuidado e a educação integral para a melhoria da saúde do público escolar. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. Em conformidade com o programa, todas as unidades realizam atividades na escola regularmente possuindo registros sobre as mesmas, com garantia de efetividade das suas ações. (DAB, 2012b)

O monitoramento e análise dos indicadores de saúde tem como objetivos avaliar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das ações em saúde; identificar e superar dificuldades; enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades. É uma oportunidade dos diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social. (TAKEDA, 2006) Dentre os coordenadores questionados, 7 afirmam realizar e receber apoio para a discussão destes dados, no entanto, 3 deles não realizam, referindo não receber apoio da gestão.

No item que se refere a autoavaliação, todas as unidades afirmam terem realizado e utilizado o instrumento padronizado da AMAQ que ‘compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) para cuidar da população no ambiente em que vive, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma das estratégias indutoras de qualidade pelo Ministério da Saúde’. (BRASIL, 2013d) Destas, 9 relatam que os resultados da autoavaliação foram ‘muito considerados’ na organização do processo de trabalho da equipe e 1 classificou como ‘considerado’, tendo todas recebido apoio por parte da gestão para a organização do trabalho, visando a melhoria do cesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ.

É unanime em todas as ESFs a realização de reuniões de equipe, sendo que 9 reúnem-se quinzenalmente e 1 mensalmente, onde discutem casos como eventos sentinelas, casos difíceis, casos que necessitem de qualificação clínica com a participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades), construção e discussão de projetos terapêuticos individualizados, planejamento das ações da equipe, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, educação permanente e avaliação das ações em equipe.

Conforme o Ministério da Saúde, cada ESF deve possuir ‘território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade’ (BRASIL, 2012). Para contemplar esse item, todas as unidades possuem uma área de abrangência definida e mapas com o desenho do território (3 realizaram a atualização há menos de um mês, 6 há meses e 1 não atualizou). Pensando nisso, 6 coordenadores afirmam acreditar que a gestão utilizou alguma de tipificação baseada em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe. Estes critérios fazem parte das especificidades da Equipe de Saúde da Família, que trazem como recomendação o número máximo de 4000 pessoas, sendo o valor médio de 3000 pessoas considerado excelente por equipe observando o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2012)

É também relevante destacar negativamente que nas 10 unidades de saúde analisadas, todas possuem área descoberta pela atenção básica.

O acolhimento está implantado em todas as ESFs, conforme os coordenadores do PMAQ nas unidades, porém 2 afirmam ter deixado de realizar. Das 10 unidades, 6 possuem sala específica para a escuta inicial, 3 utilizam-se de consultórios ‘vazios’ no momento e 1 utiliza outros locais. É realizado em todos os turnos de trabalho sendo que em uma unidade ocorre em dois dias por semana, em 8 acontece 5 dias por semana e em 1 unidade ocorre em mais de cinco dias por semana. O acolhimento ‘é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas’ (BRASIL, 2011). Do total de ESFs, 6 possuem reservas de vagas para este fim, tendo como guia protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para o acolhimento a esta demanda. Estes protocolos visam priorizar casos mais graves e que possam acarretar consequências maiores ou até mesmo a morte, primando pelos princípios de vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado, exigindo, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e sobre vulnerabilidades (BRASIL, 2012c). Podemos destacar que em 6 unidades este acolhimento baseia-se, conforme os protocolos, nas queixas mais frequentes no idoso, 1 em suspeita de dengue, 5 nas queixas mais frequentes no adulto, nas queixas mais frequentes nas crianças, nos problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico e traumas/acidentes e em 4 delas, está focado também à captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação. Além destes, são realizados atendimentos de dor torácica, crise convulsiva, nefrolitíase, crise de asma, crise hipertensiva, hiperglicemia em diabéticos em todos os locais e, em 4 deles, ainda atendem casos de suspeita de dengue. Nos casos em que não seja possível ou necessário o atendimento no mesmo dia, em 6 unidades é possível que o usuário saia da unidade com a sua consulta agendada. Em 9 unidades de saúde acontecem, diariamente, atendimentos a pessoas de fora da área de abrangência. São realizados os devidos procedimentos conforme a urgência e necessidade de cada caso e posteriormente são encaminhados às suas devidas unidades de saúde de referência para darem seguimento ou investigar suas queixas.

Nas unidades de saúde do município, são oferecidos diversos serviços ao usuário, assim como sua agenda está organizada para contemplar todas as necessidades que a população



demanda. Em 10 ESFs são realizadas atividades comunitárias; em 9 são realizadas visitas domiciliares e em 8, grupos de educação em saúde. Também são ofertadas ações para gestantes em 7 unidades, para escolares, idosos e hipertensos em 6 unidades, para diabéticos em 5, para crianças em 3 e para usuários de álcool e outras drogas em 1 unidade de saúde. Os grupos educativos são espaços privilegiados para as atividades educativas na saúde e têm representado uma alternativa para as práticas assistenciais que favorecem uma maior participação e construção do vínculo (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011),

Contemplando as necessidades dos usuários, todas as ESFs realizam a renovação de receitas dos medicamentos de uso contínuo sem que o mesmo tenha que se submeter a nova consulta, desde que ela esteja dentro do prazo de validade de seis meses. Esta renovação é feita no intuito de reduzir a demanda e contemplar maior número de usuários no atendimento diário. A agenda dos profissionais também está organizada para que os mesmos possam buscar e/ou mostrar resultados de exames, podendo ser observada em 7 unidades, além disto, em 8 ESFs existe reserva de vagas para que os mesmos possam sanar as suas dúvidas pós consulta ou mostrar como evoluíram.

É rotina em todas as unidades que os usuários com queixas de acuidade visual ou demanda de refração passem por avaliação médica para posterior encaminhamento para o serviço de oftalmologia. Assim como os demais encaminhamentos (referência e contrareferência) realizados pela equipe de saúde. Neste sentido, em 4 ESFs, o paciente já sai da unidade com a consulta devidamente agendada; em 9, a consulta é marcada pela unidade e posteriormente informada ao paciente; em 2 delas, o paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional e em 1, a consulta é marcada pelo próprio paciente junto a central de marcações. Fratini (2008) conceitua referência como sendo um serviço de maior complexidade que ofereça níveis maiores de especialização para onde o paciente é encaminhado e a contrareferência, como um serviço que oferece menor nível de complexidade que serve para quando o paciente necessita de um atendimento mais básico/primário.

Os indicadores de saúde são medidas que expressam ou quantificam um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização, gerando informações úteis à tomada de decisão (BRASIL, 2012a). Todas as equipes possuem registro e realizam acompanhamento mensal das gestantes; 9 das crianças até dois anos,

hipertensos e diabéticos; 8 das mulheres elegíveis para exame citopatológico; 6 das mulheres elegíveis para o exame de mamografia e 4 dos portadores de DPOC/asma e obesos. Esses dados são elementos fundamentais para a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho. (BRASIL, 2012a) Ainda fazendo referência aos atendimentos a demandas específicas, é possível afirmar que das 10 ESFs, 7 utilizam protocolos para atenderem questões referentes ao câncer de mama, pré-natal, hipertensão, diabetes, tuberculose entre outros. Nas ESFs são realizados ainda drenagem de abscesso e extração de unhas (8 unidades); sutura de ferimentos (7); retirada de pontos, curativos e medicações (10); lavagem de ouvido e nebulização/inalação (9); medicações injetáveis endovenosas (5) e inserção de Dispositivo intrauterino (DIU) (1). A coleta do exame Citopatológico é realizada em todas as unidades sendo o enfermeiro responsável pelas mesmas.

O sistema de informação do pré-natal (SISPRENATAL) ‘é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Apresenta o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal’ (DATASUS, 2017). Dessa forma, todas as ESFs possuem registros de qual profissional é responsável por cada gestante, bem como das consultas odontológicas, da vacinação e da coleta do citopatológico. Destas, 9 tem como estratégia para monitorar as gestantes que tiveram parto quando não recebem a contrareferência da maternidade, a visita do agente comunitário de saúde para garantir a primeira consulta de puerpério até 10 dias após o parto e 4 também programam visita de outros membros da equipe.

As 10 ESFs realizam o acompanhamento das crianças até dois anos com a consulta de puericultura e realizam monitoramento da vacinação; 9 acompanham o crescimento/desenvolvimento e o estado nutricional; 8 realizam o teste do pezinho e monitoram casos de acidentes e violência familiar na infância. Além disso, realiza a mensuração de peso e altura das crianças até dois anos e gestantes em todas as ESFs, dos adultos com hipertensão e diabetes em 7 unidades, das crianças menores de dois anos em 6 e dos demais usuários em 6 ESFs, registrando as informações em prontuários, cadernetas e sistemas informatizados conforme

a necessidade e realizando os devidos encaminhamentos em caso de obesidade no adulto (IMC>30kg/m<sup>2</sup>).

Apenas 6 equipes possuem estimativa de casos de tuberculose e de sintomáticos respiratórios, assim como o acompanhamento dos casos. ‘A tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. No Brasil, a cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,5 mil mortes em decorrência da doença. A tuberculose tem cura e o tratamento é gratuito e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde’ (PORTAL DA SAÚDE, 2017). Da mesma forma, somente 7 unidades tem conhecimento e monitora os casos de hanseníase, que se caracteriza por ser uma ‘doença infectocontagiosa que atinge a pele e nervos periféricos e pode resultar em sérias incapacidades físicas, esta doença ainda é um problema de saúde pública em diferentes partes do mundo, incluindo o Brasil. Apesar dos avanços nos últimos anos, o país registrou mais de 28 mil novos casos em 2015, de acordo com dados do Ministério da Saúde’ (UNA-SUS, 2016).

É comum que se encontre pessoas em sofrimento mental na atenção básica, pois esta é uma porta de entrada fundamental para esse público, é o local onde as ações são potencialmente mais efetivas, visto que possuem território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. (BRASIL, 2013a) Este tipo de atendimento é realizado em 9 unidades, sendo que 8 o fazem em qualquer horário; em 1 delas, o atendimento possui horários específicos e em outra, há além do horário, também um dia específico. No mesmo sentido, são realizadas ações para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em 6 ESFs. Quando se trata de usuários com deficiência ou que tenham alguma necessidade do uso de órtese, prótese ou algum meio auxiliar de locomoção, apenas 5 possuem registro destes usuários.

As práticas integrativas e complementares são ainda pouco conhecidas, por este motivo, são referidas em apenas 3 ESFs. Estas práticas, conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias

eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Estas práticas incluem ainda, além de outras diversas formas, práticas corporais; práticas mentais; orientação alimentar; e uso de plantas medicinais relacionadas à prevenção de agravos e doenças, promoção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2015)

Com relação ao bolsa família, 9 coordenadores das ESFs afirmam possuir registro de 100% das famílias cadastradas no programa, através dos mapas de acompanhamento que são formulários prontos, propostos pelo Ministério da Saúde para que se faça o registro do acompanhamento dos beneficiários, para posterior inclusão de dados no Sistema Informatizado do Programa na saúde. Para garantir a efetividade dos registros, é importante que sejam realizados treinamentos com os profissionais que serão responsáveis por este monitoramento, possibilitando o correto preenchimento do formulário. (BRASIL, 2009)

A visita domiciliar é uma das formas de acompanhamento dos usuários preconizadas pelo MS, neste sentido, quando realizada adequadamente, é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização (CRUZ, 2010). Em Santa Cruz do Sul, 5 unidades seguem protocolos para a sua realização e em 8 unidades, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) programam as suas visitas em função das prioridades da equipe de saúde. Os usuários domiciliados são contemplados por esta forma de cuidado, sendo assim, seguindo as instruções do MS, 8 ESFs possuem registros dos usuários que se encontram nesta situação. Este atendimento é realizado de forma multidisciplinar em todas as unidades, sendo que em os cuidados médicos são realizados em todas, em 8 cuidados de enfermagem, em 7 cuidados odontológicos e técnicos. Nestas visitas, são realizados cuidados como atendimento clínico e realização de procedimentos.

Mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários como disponibilização de números de telefone de ouvidoria, assim como caixinhas de sugestões estão presentes em 7 ESFs e são essenciais tanto para o usuário quanto para os gestores responsáveis pelas ESFs, pois esse é o ator fundamental para o processo de avaliação dos serviços prestados pelas unidades. (SANTIAGO,

2013) Em 9 é possível usar o telefone da unidade para que sejam feitas sugestões e reclamações, sendo estas, consideradas para a reorganização e qualificação dos processos de trabalho.

## 1.6 Conclusão

Buscando entender o processo de trabalho e a organização do serviço, é possível afirmar que as unidades de saúde pesquisadas cumprem com o que preconiza o Ministério da Saúde, em sua grande maioria. Portanto, pode-se afirmar que o nível de satisfação dos usuários do ponto de vista dos coordenadores é bom, afirmam com segurança que a maioria das necessidades dos usuários pode sim ser contemplada na atenção básica e nos casos em que não seja possível que se realize, as redes de referência e contrareferência funcionam de forma efetiva garantindo a resolução da necessidade do usuário.

A grande maioria das unidades de saúde utilizam de forma correta os programas de informação pois acreditam que por ser um sistema informatizado, traga mais agilidade e qualidade ao serviço. Oferecem atendimento nos dois turnos de trabalho, tendo as suas ações planejadas de forma coletiva no intuito de minimizar os problemas enfrentados. Atuam de forma contínua em situações que envolvem o planejamento familiar, aleitamento materno, câncer de mama e colo de útero, saúde mental, do idoso, sofrimento psíquico (entre outras), além das ações voltadas ao PSE.

A gestão apoia e considera, conforme predominam as respostas, os resultados provenientes do monitoramento dos indicadores de saúde, proporcionando momentos de discussão e avaliando a capacidade dos serviços em responder às necessidades dos usuários. São realizadas reuniões de equipe no intuito de reduzir e/ou sanar as pendências acumuladas durante a semana, quinzena ou mês de trabalho, assim como construir projetos terapêuticos e realizar a discussão de casos envolvendo equipes multidisciplinares e o apoio matricial, também fazem a autoavaliação, utilizando a AMAQ como instrumento, pois o mesmo prevê estratégias para melhor cuidar da população no ambiente em que vivem.

Todas as ESFs possuem sua área adstrita claramente delimitada e representada por mapas funcionais expostos nas dependências da unidade, os coordenadores afirmam acreditar que esta divisão foi baseada em critérios de vulnerabilidade e risco social, assim como questões de acesso e número de pessoas sob responsabilidade de cada equipe. Pode-se destacar de forma negativa que em todas as unidades existem áreas descobertas, nas quais não há acompanhamento por parte do agente comunitário de saúde, enfraquecendo a assistência e inviabilizando o monitoramento correto dos indicadores.

O acolhimento é uma prática que deve ser desenvolvida em todos os serviços, garantindo que o usuário seja ouvido e recebido de forma humanizada. Esta atividade é referida pelos coordenadores, estando baseada em protocolos em algumas ESFs, porém, nos locais onde esse atendimento não ocorre, são usadas justificativas como falta de sala, pessoal e treinamento. Nos casos em que não há possibilidade de atendimento no mesmo dia, o paciente é agendado para o dia seguinte e nos casos mais graves em que exista risco de vida, o mesmo é referenciado a serviços de maior complexidade estando em conformidade com o que prevê a legislação. Também são acolhidos usuários com queixas oftalmológicas, avaliados e referenciados a serviços especializados.

Também foi possível concluir que os cuidados prestados às gestantes, portadores de tuberculose, hanseníase e sofrimento mental são realizados de forma efetiva, assim como são alimentados os respectivos sistemas de informação. Garantem os coordenadores que o Programa Bolsa Família é devidamente monitorado e que mantém seus mapas de acompanhamento atualizados e alimentados garantindo a sua efetividade.

No que se refere aos mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários, os coordenadores afirmam que existem vários meios possíveis (telefone da unidade, caixinha de sugestões, telefone de ouvidoria), considerando as avaliações e reclamações em seu processo de reorganização e melhoria do serviço, portanto, avaliam os usuários como satisfeitos pelo baixo volume de manifestações recebidas.

Percebe-se que as ações realizadas pela equipe de saúde vão de encontro ao que a população busca diariamente nas unidades de saúde, garantindo o êxito e a qualidade da assistência a eles prestada e alcançando um bom nível de satisfação. Pode-se afirmar que as unidades de saúde de Santa Cruz do Sul desenvolvem o PMAQ de forma adequada, apoiada pela gestão e em acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

## 1.7 Referencias

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 1.654, de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf)>. Acesso em: 09 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo/ministério da saúde. Brasília 2012a. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em 07 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade(AMAQ). Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica (DAB) – Programa Saúde na Escola (PSE) – 2012b. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Lei n. 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial União. Brasília, DF, 10 nov. 2013a. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Material de apoio para a autoavaliação para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e saúde bucal. Brasília, 2013d. Disponível em: < [http://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq\\_homologacao/static/assets/docs/AMAQ\\_AB\\_SB\\_3.pdf](http://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq_homologacao/static/assets/docs/AMAQ_AB_SB_3.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde,



2013a. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Manual de Orientações sobre o Bolsa Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual\\_orientacoes\\_bf\\_3a\\_edicao.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_orientacoes_bf_3a_edicao.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em:<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno28volIII.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ), 2012d. Documento síntese para avaliação externa. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Externa\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Revista Saúde e sociedade. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-613, Set. 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Nov. 2017.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Sisprenatal - Sistema de Acompanhamento da Gestante. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

E-SUS. Saúde Atenção Básica. Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão. Saúde Atenção Básica. e-SUS. Disponível em:<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual\\_pec\\_2\\_2/index.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_2_2/index.php)>. Acesso em: 13 nov. 2017.

FRANCO, T. A. V.; SILVA, J.L. L.; DAHER, D. V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. Informe-se em promoção da saúde, v. 7, n. 2, p. 19-22, 2011.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A.; Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/0>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. Tuberculose. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SANTIAGO, R. F. et al . Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. Revista Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 35-44, Jan. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2017

TAKEDA S, T. Y. Avaliar, uma responsabilidade. Avaliação como estratégia de mudança da Atenção Básica. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO, 2006.

UNA-SUS. Universidade Aberta do SUS. Notícias (Brasil avança contra hanseníase, mas mantém desigualdade). Disponível em:< <https://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-avanca-contra-hanseniose-mas-mantem-desigualdade>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

**APÊNDICE A – Projeto de Monografia**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Cristiane Luiza de Vargas

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO  
SEGUNDO CICLO DO PMAQ**

Santa Cruz do Sul

2017

Cristiane Luiza de Vargas

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO SEGUNDO  
CICLO DO PMAQ**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso  
de Enfermagem da Universidade de Santa  
Cruz do Sul – UNISC

Professor(a) orientador(a): Luciane  
Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2017

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) surgiu da necessidade de que se tenha uma melhor qualidade no atendimento aos usuários da atenção básica. Pensando nisso, implantou-se o programa com o objetivo inicial de mensurar essa assistência. Para que este ponto fosse atingido, muitas mudanças precisaram ser feitas, desde a chegada do paciente até a sua saída da unidade com um mínimo de resolutividade e satisfação.

Tendo o foco inicial na humanização do serviço, treinamentos e capacitações passaram a ser feitos em todas as unidades de saúde que aderiram ao programa. Estas capacitações visam dar embasamento científico aos trabalhadores para atuarem com maior segurança e prestarem um serviço de melhor qualidade aos usuários da atenção básica.

Todos os passos ou projetos a serem implantados visam “Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania” para isso, possuem sustentação jurídica e são denominadas políticas públicas, tais como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). São fundamentados por leis e decretos sancionados pela Presidência da República ou por seus representantes nos demais ministérios. (PORTAL DA SAÚDE, 2017)

As Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. (LOPES et al., 2008). Pensando nisso, em 2011, foram estabelecidas revisões das normas e diretrizes da atenção básica, tendo como principal fundamento, a necessidade de territorialização, proporcionando a individualização do cuidado através do planejamento de forma descentralizada, promovendo um melhor acolhimento e acesso universal à todos os usuários da atenção básica observando critérios de risco como vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2011)

Visando melhorar o padrão de qualidade no atendimento e proporcionar acesso aos usuários, o Ministério da Saúde, implementou a portaria 1.654 de 19 de abril de 2011 que tem como objetivo melhorar as práticas e ações na saúde pública. Para isso, foram criadas diretrizes norteadoras para que haja uma melhor organização, para tanto, deve: possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica (EAB), considerando as diferentes realidades de saúde; ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados e estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. Também, foram criadas sete áreas estratégicas que monitoram o desempenho da unidade de saúde. (BRASIL, 2012a)

Este programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso, a melhoria da atenção básica e se estrutura em quatro fases distintas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento (autoavaliação e monitoramento); Avaliação Externa e Recontratualização. (BRASIL, 2012a)

O PMAQ é gerado a partir de três gestões do SUS, dos quais participaram o Ministério da Saúde, gestores municipais e estaduais derivados de Conselhos Nacionais, que tiveram como intuito principal a criação de um programa que melhorasse a qualidade da Atenção Básica no Brasil. (BRASIL, 2012a)

Em relação ao impacto do PMAQ no mundo, internacionalmente é visto como uma ferramenta importante para a formulação de políticas públicas em saúde bem como mudanças na prática, pois inclui a coleta de dados e uma análise crítica sobre eles promovendo mudanças diárias no dia a dia das equipes. (FONTE: DAB/NOTÍCIAS, 2016)

Outro destaque internacional importante foi a abordagem feita por uma revista norte-americana realizando uma chamada de artigos sobre o PMAQ: O Journal of Ambulatory Care Management (JACM), publicação norte-americana destaque na área de atenção básica, lançou, no

final de 2016, um suplemento especial sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) onde trás na íntegra, artigos produzidos no Brasil enfatizando a importância do programa para o bom êxito do trabalho. (DAB/NOTÍCIAS, 2016)

Para que o programa conseguisse chegar a este patamar nacional e internacional, necessitou de um responsável capacitado em cada unidade de trabalho, este profissional deveria reunir competências de gerência e também uma visão crítico-reflexiva sobre os acontecimentos diante de cada situação que se apresentasse. É quase unânime a figura do enfermeiro frente a este programa, porém em algumas unidades é possível perceber também a presença dos dentistas, nutricionistas, médicos entre outros profissionais frente a este trabalho, realizando a coordenação do programa.

O PMAQ só vem a acrescentar ao trabalho do Enfermeiro, que visa acima de tudo melhorar a qualidade do atendimento ao cidadão, contribuindo para que haja um melhor engajamento entre a equipe através da união por um mesmo objetivo e assim fazer com que qualidade da Atenção Básica não se baseie apenas num atendimento por demanda, mas sim na busca por qualidade de vida da população em geral.

No entanto, apesar do programa qualificar a assistência, traz desafios e traça estratégias. Percebe-se que o enfermeiro muitas vezes fica sobrecarregado diante das demandas que surgem, pois acaba desenvolvendo sozinho o que seria de responsabilidade de toda equipe, comprometendo o que seria específico do seu papel.

Outro aspecto relevante para a enfermagem é a fragilidade dos vínculos empregatícios o que contribui para a descontinuidade do que é planejado pela equipe, contribuindo para que o processo seja recomeçado diversas vezes ou que demore para ser retomado. Sabendo-se que cada fase do PMAQ é uma continuidade da fase anterior, logo, quando há uma mudança na constituição da equipe (interferência política/partidária), há também uma quebra na continuidade das ações planejadas.

Sabendo disto, o enfermeiro deve ser motivador da equipe na busca de inovações, buscando sempre o aperfeiçoamento das ações em saúde. Deve manter o sistema sempre atualizado para desta forma saber a situação de saúde da sua população fazendo o diagnóstico para poder planejar as ações voltadas as necessidades dos usuários.

O programa direciona e qualifica as ações do Enfermeiro para melhorar o atendimento ao público que busca o serviço na Atenção Básica, portanto o Enfermeiro é o principal agente na busca por mais recursos para seu local de trabalho. Na esfera governamental, visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a Atenção Básica a Saúde. (BRASIL, 2012a)

Conforme Cotta (2005), citado por Protasio (2014), é importante a análise da avaliação partindo do ponto de vista dos usuários, tendo ciência de que a ESF e o SUS existem em função da comunidade, portanto, o usuário é um sujeito ativo no processo de construção da sua saúde favorecendo a humanização e fortalecendo o vínculo entre o serviço de saúde.

Ainda com relação á satisfação do usuário, cabe frisar que o questionário de avaliação externa da Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ), traz como pontos importantes, as questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde (distância da unidade, horário de funcionamento), como são feitas as marcações de consultas e o tempo de espera das mesmas, o acolhimento á demanda espontânea (como é feita a escuta, por quem e quanto tempo demora para ser atendido), a atenção integral a saúde (envolvimento da equipe com as necessidades dos pacientes, a privacidade, as orientações, a humanização), entre outros pontos a serem analisados. (DOCUMENTO SÍNTESE PARA AVALIAÇÃO EXTERNA, 2012) Através destes dados, é possível analisar cada tipo de atendimento, assim como cada profissional que trabalha no serviço, sendo possível apontar as falhas e os acertos das equipes avaliadas.

A AMAQ trás também, uma afirmação a respeito da participação da comunidade nas decisões que tem como ponto fundamental o fortalecimento das relações entre equipe e comunidade passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização das pautas em curso. (BRASIL, 2013)



## **2. PROBLEMA DE PESQUISA**

Quais ações podem ser identificadas na visão do usuário e do coordenador do PMAQ nas ESFs no que se refere a efetividade da assistência e a satisfação dos usuários da atenção básica?

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

Identificar junto ao usuário e coordenador do PMAQ nas ESFs, a efetividade das ações realizadas ao finalizar o segundo ciclo no que se refere á assistência e a satisfação do usuário da Atenção básica.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar a existência e a fase em que se encontra o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município.

Entender o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço para o desenvolvimento do PMAQ na visão do coordenador.

Conhecer, do ponto de vista do coordenador da equipe, as ações de assistência realizadas ao finalizar o segundo ciclo.

Verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu ao acesso e utilização do serviço

## **4. JUSTIFICATIVA**

Considerando o expressivo crescimento da Atenção Básica (AB) no Brasil, bem como os desafios enfrentados diante da implementação das ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade da AB encontram-se não somente a falta de estrutura de algumas UBSs ou o ambiente pouco acolhedor seja por parte da própria atenção básica ou dos profissionais. As dificuldades vão muito além, e acabam por esbarrar na falta de capacitação dos próprios profissionais da área da saúde e na sobrecarga de trabalho seja com o excesso de pessoas para atender ou com a falta de profissionais dentro da atenção básica. No final das contas a impressão que se transmite a

população é de que os serviços são de baixa qualidade e somente voltados para a comunidade pobre. (BRASIL, 2012)

Portanto, o trabalho busca conhecer a satisfação do usuário diante dos diversos serviços prestados a ele, fazendo uma análise crítica da situação, para assim contribuir e qualificar as ações do coordenador na busca por um melhor atendimento, contribuindo para garantir o bom êxito da assistência e os serviços de saúde, bem como buscar localizar onde se encontram as dificuldades e, ou facilidades da equipe em desenvolver o PMAQ.

As características e fatores que exercem influência sobre o nível de satisfação do usuário poderão ser apontados de diversas formas, levando em consideração que o usuário poderá estar totalmente insatisfeito com o atendimento e ainda assim ter satisfação com outras ofertas dentro do mesmo serviço, tendo como pressuposto o grau de satisfação que vai muito além das questões clínicas e patológicas.

Na maioria das vezes, o PMAQ é avaliado sob o ponto de vista dos trabalhadores, raramente analisando o nível de satisfação do usuário, ou mesmo contemplando as necessidades dos mesmos, não levando em consideração a real finalidade que é o melhor atendimento ao paciente. Existem inúmeros estudos tratando das equipes, dos gestores e coordenadores, falando sobre os incentivos, sobre as dificuldades e benefícios do programa para as unidades, no entanto, ainda são poucos os estudos que avaliam a atenção básica no Brasil mediante a satisfação do usuário. (PROTASIO, 2014)

O tema tem a finalidade de pontuar o que temos de acertos e falhas com relação ao cuidado diário dos pacientes em saúde coletiva. Propõe colaborar para que o serviço possa se adequar às necessidades da sua comunidade, auxiliar o Enfermeiro e o gestor a perceber o que pode ser alcançado com relação ao programa e sua forma de execução tornando-o efetivamente uma ferramenta de trabalho vantajosa na assistência diária.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A fim de fundamentar este trabalho, apresento um breve histórico da Atenção Básica, dos direitos dos usuários, do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ, assim como de seus objetivos e fases.

### 5.1 DEFININDO ATENÇÃO BÁSICA E OS DIREITOS DO USUÁRIO

Buscando melhorar cada vez mais a qualidade do serviço prestado pelas unidades básicas de saúde (UBSs) o Ministério da Saúde passou acompanhar e avaliar o atendimento prestado pela equipe de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e comunitários de saúde). (BRASIL, 2012a)

Além disso, são avaliados outros itens, como a infraestrutura das unidades, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do usuário. Neste sentido, quanto maior for o desempenho da equipe, maior será o incentivo financeiro que a equipe receberá. (BRASIL, 2012a)

Conforme Fausto (2013),

Atenção Básica (AB) é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Em 2006, foi publicada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, considerando o Art. 196 da Constituição federal que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão. (BRASIL, 2006)

A carta baseia-se em seis princípios básicos de cidadania: 1- assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. 2- assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. 3- assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de

tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. 4- assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. 5- assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada. 6- assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2006)

Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. (BRASIL, 2006)

Diante disto, o programa PMAQ tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa. (Fausto, 2013)

Conforme o Manual Instrutivo (2012) - Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o programa tem como objetivos específicos:

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Santos, et al. (2014), afirma que diante de alguns percalços que transpassam o processo de gestão do SUS, como vínculos precários, a dificuldade de fixação de alguns profissionais com destaque para a categoria médica, a insuficiência e o mau uso dos recursos públicos, a não consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como pelo processo

de trabalho não consoante com os princípios da AB, o PMAQ se apresenta como uma potência que traz em sua gênese a possibilidade de sanar algumas destas questões.

## 5.2 FASES DO PMAQ

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão e Contratualização/Recontratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

### 5.2.1 ADESÃO E CONTRATUALIZAÇÃO/RECONTRATUALIZAÇÃO

Na fase de adesão e contratualização/recontratualização, ocorre à adesão ao programa, é uma fase inicial onde se formaliza o pacto entre as equipes de atenção básica e o gestor do município, mas, antes disso, deve haver a adesão do município ao Ministério da Saúde. Depois disso, é liberada pelo MS, uma verba de 20% do valor integral do componente de qualidade do piso da Atenção Básica variável (PAB variável). Este valor está diretamente ligado ao número de equipes da Atenção Básica participantes. O percentual restante (80% restantes) será repassado de acordo com os resultados obtidos. (Fausto, 2013)

Existem ainda, condições para que a equipe permaneça no programa, devendo ser cumpridas conforme a Política Nacional de Atenção Básica vigente: cadastramento e atualização regular de todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica no CNES e cumprimento da carga horária de acordo com o informado; alimentação mensal do SIAB, por meio da utilização do Transmissor; SISVAN; e do Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde; resultados nos indicadores não podem piorar em mais de 1 desvio padrão por 3 meses ou mais; não verificação por órgãos de controle e sistema nacional de auditoria de que as condições certificadas não estão mais presentes; garantia, por gestores e equipes, da identificação visual estabelecida pelo Ministério da Saúde (carteira de serviços ofertados pela equipe, horário de funcionamento da UBS, nome e escala dos profissionais, telefone da ouvidoria do município e do Ministério da Saúde, endereço na internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe).

Foram desenvolvidos dois conjuntos de indicadores que se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Os indicadores de Desempenho: vinculados à certificação externa e

cálculo do incentivo financeiro do componente de Qualidade do PAB-variável e os indicadores de Monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída à certificação de qualidade; alguns desses indicadores poderão ser futuramente incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho.

(BRASIL, 2012c)

Diante de disto foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis):

- Saúde da Mulher;
- Saúde da Criança;
- Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica;
- Saúde bucal;
- Produção geral;
- Tuberculose e hanseníase e
- Saúde mental. (BRASIL, 2012c)

### 5.2.2 DESENVOLVIMENTO

A segunda fase do PMAQ é o desenvolvimento de ações que serão empreendidas pelas equipes de AB, gestões municipais e estaduais e pelo MS, com a intenção de promover movimentos de mudanças da gestão, cuidado e da gestão do cuidado. (BRASIL, 2012a)

Essa 2ª fase está dividida em quatro itens:

Autoavaliação: é o início da fase de desenvolvimento, sendo que os processos para a melhoria da qualidade devem iniciar pela identificação e reconhecimento pelas equipes, produzindo iniciativas de mudança e aprimoramento. O PMAQ situa a autoavaliação como instrumento que estimula a equipe a pensar e mudar seu processo de trabalho para superar

problemas para melhoria da qualidade das ações de saúde. Com isso o DAB oferece um instrumento de autoavaliativo – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) que possibilita que as equipes monitorem a execução do plano de intervenção e a análise evolutiva dos resultados autoavaliativos. (BRASIL, 2012a)

Monitoramento: constitui um dos elementos essenciais para a implementação, por isso busca:

- Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as EAB e o gestor municipal e as outras esferas de gestão do SUS;
- Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo;
- Promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados;
- Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios. (BRASIL, 2012a)

No ciclo da melhoria da qualidade da AB, alcançar bons resultados nos indicadores significa a realização de ações de monitoramento para a melhoria dos processos de trabalho. O uso da informação nas equipes é essencial para a gestão do cuidado, sendo assim, o primeiro passo para organizar o processo de trabalho deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional para enfrentar os problemas. A gestão municipal e as EAB precisam ofertar um conjunto de ações de acordo com as necessidades de saúde da população, com qualidade satisfatória traduzida nos indicadores e na satisfação dos usuários. (BRASIL, 2012a)

### Funções dos indicadores do PMAQ

- Verificar o alcance de resultados mínimos nos indicadores de desempenho, que justifique o investimento federal na visita de avaliação externa para certificação de qualidade das equipes (a partir do 2º ciclo)
- Compor uma parte da avaliação externa (20%) para certificação de qualidade por meio dos indicadores de desempenho
- Acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho e de monitoramento. Quando uma equipe apresentar inconsistências e/ou resultados aquém do mínimo esperado será gerado um alerta:
  - 1) subsidiar melhoria da alimentação do SIAB
  - 2) subsidiar intervenções para melhoria dos resultados

### Critérios de seleção e classificação dos Indicadores do PMAQ

- Vinculação com principais áreas estratégicas da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes e saúde bucal, saúde mental), ou a iniciativas e programas estratégicos do governo federal (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psico-social, Rede de Urgência e Emergência, Brasil sem Miséria, etc...)
- Disponibilidade de informação por equipe no SIAB. (BRASIL, 2012c)

Educação permanente: tem grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços. Deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas enfrentados no processo de trabalho, envolvendo conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho.(BRASIL, 2012a)

Cada equipe, cada unidade de saúde e cada município devem promover e desenvolver ações de educação permanente, combinando as necessidades e as possibilidades com ofertas e processos de uma política para todas as equipes e municípios. Também é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal. (BRASIL, 2012a)



Apoio institucional: deve ser pensado como uma função gerencial, apostando mais na disciplina do que na liberdade com compromisso e na ampliação da capacidade de ação do outro. O apoio institucional deve buscar a democracia institucional, ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS. Pode ser realizado à nível municipal, estadual e federal e o desenvolvimento das ações de apoio institucional deve ser construído a partir das realidades de cada território, além de planejar e avaliar. (BRASIL, 2012a)

### 5.2.3 AVALIAÇÃO EXTERNA

A avaliação externa consiste na terceira fase do PMAQ. Para isso, o Ministério da Saúde contou com a parceria de Instituições de Ensino e Pesquisa de todo o país que selecionaram e contrataram um grupo de avaliadores da qualidade que visitaram as Equipes de Atenção Básica e aplicaram os instrumentos avaliativos. (Fausto, 2013)

O instrumento de avaliação externa está organizado em três módulos:

- Modulo I - Observação na Unidade Básica de saúde;
- Modulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde;
- Modulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde sobre a satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. (BRASIL, 2012a).

Cabe ao Ministério da Saúde, de posse dos dados coletados, avaliar o desempenho das equipes.

### 5.2.4 RECONTRATUALIZAÇÃO

Na quarta fase, é feita uma nova contratualização baseada na avaliação de desempenho, completando assim o ciclo de qualidade previsto pelo programa. (Fausto, 2013)

## 5.3 DESAFIOS

Entre os principais desafios do PMAQ encontram-se não somente a falta de estrutura de algumas UBSs ou o ambiente pouco acolhedor seja por parte da própria atenção básica ou dos profissionais. As dificuldades da implementação do PMAQ vão muito além, elas acabam por

esbarrar na falta de capacitação dos próprios profissionais da área da saúde, que por terem que atingir metas e resultados acabam por se sobrecarregar seja com o excesso de pessoas para atender ou com a falta de profissionais dentro das atenções básicas. Tudo isso gera um círculo vicioso que faz com que a equipe dentro da UBS por vezes não interaja entre si ou com a rede de atenção básica do município. Mas pode-se dizer que tudo isso tem um ponto de origem que começa na maioria das vezes com a falta de financiamento vinculado ao o credenciamento das equipes, a inexperiência da gestão e o excesso de rotatividade o que acaba por comprometer o vínculo com a comunidade e novamente a interação entre os profissionais. No final das contas a impressão que se transmiti a população é de que os serviços são de baixa qualidade e somente voltados para a comunidade pobre. (BRASIL, 2012a)

Baseando-se nestes desafios foram criadas algumas diretrizes, que norteiam a organização e o desenvolvimento do PMAQ:

A presença de um instrumento de comparação entre os serviços de saúde ofertados pelas equipes de saúde, lógico analisando sempre cada contexto social onde se encontram.

Baseando-se na diretriz numero um foi criado um padrão de instrumento de avaliação que independe do contexto social onde o serviço é o ofertado. Porém conforme o PMAQ for sendo implementado haverá a necessidade da criação de novos padrões de avaliação que a partir daí poderão ser conforme cada região e contexto social.

O PMAQ deve mostrar suas ações realizadas e resultados obtidos através de um portal eletrônico disponibilizado pelo site do ministério da saúde, onde a população em geral pode digitar o endereço da UBS mais perto de sua casa e saber a sua avaliação.

Os gestores federais, estaduais e municipais deverão ser responsabilizados pelas ações desenvolvidas para qualificar a atenção básica e os profissionais que nela trabalham. Cabe também a gestão destes locais o processo de mudança cultural da atenção básica (queixa-conduta, atenção prescritiva, foco centrado no médico, processo saúde-doença-cuidado). Já a população poderá envolver-se através da participação nos conselhos municipais de saúde e avaliação de satisfação quanto ao serviço ofertado.

Os recursos devem ser aplicados conforme os resultados obtidos, isso se dá através da contratualização, ou seja, da prestação de serviços da equipe de atenção básica e dos gestores

municipais ou estaduais. Isso é um modo de se reconhecer os esforços da gestão e dos profissionais de saúde na melhoria da qualidade da atenção básica.

O PMAQ tem também como um dos seus objetivos a mudança do vigente modelo de atenção referido na diretriz quatro. O programa busca a melhor qualificação dos trabalhadores através da educação permanente, vínculos mais estáveis entre os profissionais que se dá por meio da qualificação das relações de trabalho. Tudo isso deverá ser realizado para a maior satisfação do usuário do serviço, que poderá mostrar a sua percepção através da participação efetiva nas avaliações, também citadas na diretriz quatro.

A adesão ao PMAQ deve ser totalmente voluntária, partindo da idéia central de que para haver êxito os profissionais devem se sentir motivados e não obrigados a integrar o programa. (BRASIL, 2012a)

## 6. METODOLOGIA

Método é a forma usada por vários ramos de estudo com o intuito de ordenar seus pensamentos. Conforme Cervo, Bervian e Silva (2014, p.27) citado por Lakatos e Marconi (2017):

“Em seu sentido mais geral, é o método e a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um certo fim dado ou um resultado desejado. Nas ciências, entende-se por método o conjunto de processos empregado na investigação e na demonstração da verdade.”

### 6.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva de natureza básica, realizada nas estratégias de saúde da família com equipes homologadas para o terceiro ciclo do programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do município de Santa Cruz do Sul (RS).

A pesquisa é de natureza básica, por não objetivar intervenções ou mesmo a aplicação dos resultados imediatos em meio à população estudada.

Esclarece Fonseca (2002, p. 20) que:

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade.

Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

Na pesquisa quantitativa é possível avaliar satisfação ou não com determinado produto ou programa mediante as respostas diretas dos participantes. É um estudo que propõe uma abordagem única a respeito do problema a ser pesquisado.

É um estudo caracterizado pelas inferências estatísticas usadas e também pelo uso de:

“(…) um questionário estruturado dado a uma amostra de população e destinado a provocar informações específicas dos entrevistados.” (MALHOTRA, 2006, p. 179)

Ainda conforme Malhotra (2006), o questionário antes mencionado tem opções de resposta previamente elencadas, não permitindo assim que o respondente explique os motivos pelo qual escolheu determinada resposta.

Existem alguns aspectos que devem ser considerados como norteadores durante a escolha de um método ou outro. Diante disto, pode-se observar a flexibilidade, a quantidade de dados a serem coletados, o controle da aplicação dos instrumentos pelo pesquisador, o controle sobre a amostra, a velocidade da coleta dos dados, assim como a taxa de resposta e o custo (MALHOTRA, 2006). O método de pesquisa exploratória é o tipo de estudo usado, na maioria das vezes, quando o tema a ser estudado ainda foi pouco explorado, tornando mais difícil a formulação de hipóteses precisas. (GIL, 2008 *apud* LACERDA E COSTENARO, 2016)

Conforme Gil (2009), este método de pesquisa tem como objetivo proporcionar um maior conhecimento a respeito do problema, com o intuito de torná-lo mais explícito ou até mesmo favorecer o levantamento de hipóteses. Esse tipo de pesquisa geralmente envolve o levantamento bibliográfico, a entrevista com pessoas que tiveram ou que tenham experiências práticas com o problema específico ou com os problemas pesquisados e posteriormente a análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Já o método de pesquisa descritiva apresentado por Trivinõs (2013), requer que o investigador possua uma série de informações a respeito do que deseja pesquisar. É um tipo de estudo que objetiva descrever uma determinada realidade através da análise dos fatos e fenômenos que apresenta. Para Andrade (2002 *apud* Lacerda e Costenaro, 2016, p.276):

“Este tipo de pesquisa propõe-se a observar fatos, registrando-os, analisando-os, classificando-os e interpretando-os e, nesse processo, o pesquisador não interfere.”

## 6.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa será realizada no município de Santa Cruz do Sul, localizado na região do Vale do Rio Pardo, distante 155 km da Capital Porto Alegre – RS. É responsável pela quinta maior economia do estado e uma das dez maiores cidades do Rio Grande do Sul. Com pouco mais de 126 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2010, o município tem como vizinhos os

municípios de Passo do Sobrado, Venâncio Aires, Sinimbu, Vera Cruz e Rio Pardo, com acesso pela BR 116, BR 386 e pela RSC 287. Possui uma área total de 794,49 km<sup>2</sup>, sendo 156,96 km<sup>2</sup> de área urbana, dividida em 36 bairros, e 637,53 km<sup>2</sup> de área rural.

Pólo mundial da indústria fumageira, o Município tem no tabaco sua principal fonte de receita, emprego e renda. Segundo dados da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), referentes ao Diagnóstico Sócio-econômico das Propriedades Fumicultoras (2014/2015), atualmente são 2,6 mil proprietários e 3,4 mil famílias envolvidas com essa cultura, em propriedades com um tamanho médio de 12,7 hectares.

Com relação aos serviços de saúde ofertados à população, Santa Cruz do Sul possui uma rede completa. São procedimentos de alta complexidade nas mais diversas áreas, serviços de reabilitação e recursos que vão da medicina preventiva às intervenções estéticas. Essa estrutura é composta por três hospitais - Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne – cerca de 50 consultórios e mais de 220 médicos, dezenas de clínicas, gabinetes odontológicos e laboratórios com aparelhos de última geração.

Sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão os serviços de Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde, UBS, ESFs, Cemai, Hospitalzinho, Divisão de Saúde Bucal), serviços de Atenção Especializada (Cemas, Caps II, Capsia, Caps AD, Central de Distribuição de Medicamentos, Central de Marcação/Cartão SUS, Umrest, Cerest/Vales, Unidade de Vigilância Epidemiológica), além dos programas Bem-Me-Quer, Saúde em sua Casa, Primeira Infância Melhor, Prevenção à Violência e Samu.

O número exato de usuários e famílias cadastradas ainda não foi possível ser referido, pois para isto, necessita-se uma autorização fornecida pela coordenação dos ESF's do município, á qual somente poderá ser concedida mediante apresentação do projeto finalizado. No momento da construção do projeto foi possível buscar com as ESFs um número estimado da população adscrita, totalizando aproximadamente 54.800 usuários distribuídos entre as 12 unidades de saúde.

A pesquisa será realizada na ESF Pedreira situado á rua Albano Trinks, número 68, bairro Santuário, ESF Cristal/Harmonia localizado na rua Normélio Egídio Boetcher, número 388, Bairro Cristal, ESF Glória/Imigrante situado na rua Professora Alice Simões, número 505, bairro

Glória, ESF Senai, rua Castro Alves, número 790, bairro Senai, ESF Menino Deus, localizado á rua Mário Quintana, número 19, bairro Menino Deus, ESF Margarida Aurora, rua Lotário Heuser, número 378, bairro Margarida Aurora, ESF Gaspar Bartholomay, localizado na rua Gaspar Bartholomay, número 1842, bairro Bom Jesus, ESF Bom Jesus, situado á rua Lisboa, número 183, bairro Bom Jesus, ESF Rauber/Carlota, localizado á rua Rosalvo Antônio de Borba, número 737, bairro Rauber, UBS Linha Santa Cruz, situado á Avenida Orlando Oscar Baumhardt, número 1439, bairro Linha Santa Cruz, ESF Faxinal, localizado á rua Dona Carlota, número 849, bairro Faxinal e UBS Progresso, situado á BR 471, km 131,5, bairro Progresso que fazem parte da área urbana do Município de Santa Cruz do Sul.

A pesquisa foi limitada aos ESF's da zona urbana do município, por questões de deslocamento e também para tornar o processo mais ágil.

### 6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Serão sujeitos da pesquisa os coordenadores do PMAQ de cada uma das unidades mencionadas acima (12) bem como os usuários que estarão nas respectivas unidades no dia da coleta de dados, estimando 240 participantes. Importante destacar que os participantes do estudo, no dia da coleta de dados, não tenham passado por consulta médica, de enfermagem ou cirurgião dentista.

As unidades de saúde que farão parte do estudo devem ter completado o segundo ciclo do PMAQ para que se possa avaliar de maneira mais completa as reais metas alcançadas e estabelecidas pelo programa.

Para os usuários, os critérios de inclusão estão relacionados ao tempo de residência no bairro (no mínimo um ano); freqüentarem a unidade; ser maior de idade; independente do sexo e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) APÊNDICE A.

### 6.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta dos dados será um questionário, segundo Gil (2009), é um instrumento de coleta de dados composto por um conjunto de questões usado com a finalidade de investigar pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, comportamentos entre outros.

Existem para tanto, duas maneiras de se utilizar o questionário: pode-se enviá-los aos pesquisados, caracterizando assim, um questionário auto-aplicado ou então o próprio pesquisador formular as questões oralmente sendo designado como questionário aplicado com entrevista ou formulário. (GIL, 2009)

Como instrumento de coleta de dados serão utilizados dois questionários que foram adaptados conforme os indicadores de avaliação externa do documento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). O primeiro questionário denominado “Satisfação do usuário do ponto de vista dos profissionais de saúde” (APÊNDICE B) será aplicado com o profissional responsável pelo PMAQ em cada uma das 12 unidades a serem avaliadas mediante agendamento prévio. Já o segundo, “Pesquisa de satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil” (APÊNDICE C) será usado com todos os usuários presentes na unidade no dia da coleta e que aceitarem participar da pesquisa.

As respostas dos participantes da pesquisa serão analisadas e os dados armazenados pelo período de cinco anos conforme prevê a CNS 466/12, garantindo assim, respaldo legal à pesquisadora.

## 6.5 PROCEDIMENTOS

1ª etapa: definido o tema geral do projeto mediante leituras de publicações recentes a fim de entender o que já foi alcançado com relação à satisfação do usuário no Brasil;

2ª etapa: definição dos objetivos gerais e específicos;

3ª etapa: construção da justificativa e relevância do tema para a área da saúde;

4ª etapa: busca de referencial teórico para que fosse desenvolvida a revisão bibliográfica;



5ª etapa: definição e adaptação dos questionários a serem usados tanto para profissionais quanto para usuários

6ª etapa: construção da metodologia;

7ª etapa: encaminhamento do projeto à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul para autorização e formalização para o desenvolvimento da pesquisa; (ANEXO A)

8ª etapa: após liberação, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC (CEP), para a apreciação;

9ª etapa: atendendo a resolução 466/12 que trata da pesquisa com seres humanos, será destacado no formulário que será mantido o anonimato dos sujeitos;

10ª etapa: concedidas as autorizações necessárias, serão agendadas visitas em cada unidade a ser pesquisada para que a coleta de dados possa ser feita junto á coordenadores e usuários;

11ª etapa: o TCLE será assinado em duas vias de igual forma e teor, por ambas as partes (entrevistado e entrevistador), sendo que cada um ficará com uma cópia do termo assinado, que será arquivado por um período de cinco anos e após serão desprezados.

12ª etapa: os participantes serão informados da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa, bem como terão liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de seu cuidado e tratamento; terão a garantia de que não serão identificados quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

## 6.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise será feita em forma de análise descritiva. Conforme Blair e Taylor (2013), esta forma de análise é uma das partes que compõem a bioestatística, formada de várias técnicas usadas para resumir a informação contida em um conjunto de dados. Para Díaz e López (2007), ela descreve, analisa e representa um grupo de dados utilizando métodos numéricos e gráficos.

Conforme Gil (2009), o objetivo principal da análise, é organizar os dados de uma forma que possibilite o fornecimento de respostas ao problema levantado. Já a interpretação, visa buscar um sentido mais amplo das respostas obtidas, o que se torna possível após a sua ligação com conhecimentos prévios sobre a temática.

Ainda conforme o autor, alguns passos podem ser observados em relação a este tipo de análise, tais como: o estabelecimento de categorias, a codificação, a tabulação, a análise estatística dos dados, a avaliação das generalizações obtidas com os dados, a inferência de relações causais e a interpretação dos dados.

As categorias são estabelecidas para que as respostas sejam adequadamente analisadas, tornando necessário organizá-las ou agrupá-las conforme critérios preestabelecidos. Para que o agrupamento seja possível, são necessárias hipóteses construídas previamente, ou então, deve-se após a coleta dos dados, selecionar uma amostra das respostas obtidas e a partir daí construir hipóteses que sirvam de princípio de classificação. (GIL, 2009)

Já a codificação, que é a transformação de dados brutos em símbolos, pode ser feita posteriormente á coleta de dados. Ocorre com freqüência em casos de levantamentos em que os questionários são compostos por perguntas fechadas. (GIL, 2009)

Tabular, significa agrupar e contar as freqüências que ocorrem juntamente em dois ou mais conjuntos de categorias. Pode ser feita manual ou eletronicamente. (GIL, 2009)

Para que seja realizada a descrição dos dados, usa-se a chamada análise univariada que possibilita caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar a distribuição dos indivíduos em relação a determinadas variáveis. Posteriormente a esse processo, realiza-se a interpretação dos dados, visando a obtenção de um sentido mais amplo para os dados analisados, ligando conhecimentos disponíveis, derivados principalmente de teorias. (GIL, 2009)

Os resultados serão apresentados em forma de números relativos e absolutos. São conhecidos como dados absolutos, aqueles colhidos diretamente da fonte, sendo assim, não sofreram nenhum tipo de manipulação que não a contagem e/ou medida. Já os dados relativos, resultam de comparações por quociente (razões) formadas pelos dados absolutos com a finalidade de facilitar

as comparações entre estas quantidades. São comumente expressos na forma de porcentagens, índices, coeficientes e taxas.

## 7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

PERÍODO	JUL 2017	AGO 2017	SET 2017	OUT 2017	NOV 2017	DEZ 2017
Contato com as ESF's	X					
Encaminhamento ao comitê de ética	X					
Coleta de dados	X	X	X			
Organização dos Dados			X			
Análise e Discussão de Dados			X	X		
Redação Final do TCC					X	
Apresentação Pública do TCC						X

---

Cristiane Luiza de Vargas – Pesquisadora

---

Luciane Maria Schmidt Alves - Orientadora Docente

## 8. ORÇAMENTO

Título da pesquisa: Satisfação do usuário da atenção básica em saúde no município de Santa Cruz do Sul: análise dos aspectos alcançados durante o segundo ciclo do PMAQ

Gestor financeiro: Cristiane Luiza de Vargas

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora
Especificações	Quantidade			
Folhas A4	1 resma	25,00	25,00	0,5
Fotocópias	500 folhas	0,18	90,00	0,5
Capas	3 capas	0,50	1,50	0,5
Revisão de Português e inglês	2 revisões	100,00	200,00	0,5
Lanches	lanches	0,00	00,00	0,5
Combustível (gasolina)	30 litros	3,99	119,70	0,5
Montagem planilha Excel	-	-	-	-
TOTAL GERAL R\$ = 436,20				

---

Cristiane Luiza de Vargas – Pesquisadora

1. Instituição vinculada a área da saúde R\$ \_\_\_\_\_ Ass. Direção Instituição \_\_\_\_\_
2. Patrocinador R\$ \_\_\_\_\_ Anexar comprovante com cronograma
3. Agência de Fomento R\$ \_\_\_\_\_ Anexar comprovante Agência de Fomento
4. Prestação de Serviço R\$ \_\_\_\_\_ Ass. Chefe do Departamento \_\_\_\_\_
5. Pesquisador R\$ \_\_\_\_\_ Ass. Pesquisador \_\_\_\_\_
6. Curso de \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_ Ass. Coord. ou Chefe do Depart. \_\_\_\_\_
7. Desnecessária (Estudo Retrospectivo)

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. (2011). Amostragem aleatória simples. Sondagens e Estudos de Opinião. Disponível em: < <https://sondagenseestudosdeopinioao.wordpress.com/amostragem/amostras-probabilisticas-e-nao-probabilisticas/amostragem-aleatoria-simples/>>. Acesso em: 24 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série B. Textos básicos de saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. O ministério. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#63>>. Acesso em: 09 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Documento síntese para avaliação externa. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Externa\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo/ministério da saúde. Brasília 2012a. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em 02 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica – 2012b. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/>. Acessado em 01/04/17.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica DAB/Notícias. NASF, e-SUS AB e PMAQ são destaques no 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Brasília, 2016. Disponível em:<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2160](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2160)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica DAB/Notícias. Revista norte-americana faz chamada de artigos sobre o PMAQ. Brasília, 2017. Disponível em:<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2176](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2176)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2488/2011 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo/ministério da saúde. Brasília 2012a. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em 12 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo-Anexo. Ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, 2012c. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site\\_anexo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

HELPER, I.; HAAS, H.; AGNES, C. Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos/ Universidade de Santa Cruz do Sul; 2. Ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017

LOPES, B.; AMARAL, J. N. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae (MG), 2008.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. DPhil; ROCHA, Marcia Gomes. Programa Nacional Brasileiro de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Cumprimento do Potencial do Maior Pagamento do Sistema de Performance em Atenção Básica. Journal of Ambulatory Care Management, Estados Unidos, abr./jun. 2017. Disponível em: <[http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Brazil\\_s\\_National\\_Program\\_for\\_Improving\\_Primary.2.aspx](http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Brazil_s_National_Program_for_Improving_Primary.2.aspx)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MALHOTRA, Naresh K. Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. 4. ed.. Porto Alegre: Bookman, 2006. 720 p

MAYER, B. L. D.; WEILLER, T. H. A avaliação de serviços de saúde na perspectiva das equipes de ESF. XIX Jornada de pesquisa, 2014. Disponível em:<<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/3451/2852>>. Acesso em 02 mar. 2017.

MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL. Santa Cruz hoje. Informações gerais. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/municipio/santa-cruz-hoje>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

PORCIÚNCULA, Bruna. Quais são e como funcionam as terapias complementares oferecidas pelo SUS. Jornal Zero Hora digital, Porto Alegre, 07 abr. 2017. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2017/04/quais-sao-e-como-funcionam-as-terapias-complementares-oferecidas-pelo-sus-9766695.html>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda. Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Exatas e da Saúde) -

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/6561>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica**: guia para eficiência nos estudos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

SANTOS, A. R.; et al. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB: em busca de novos sentidos no processo de trabalho. Revista de Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v10/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.



## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ

Considerando o expressivo crescimento da Atenção Básica (AB) no Brasil, bem como os desafios enfrentados diante da implementação das ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade da AB, esta pesquisa busca identificar junto aos usuários e coordenadores do PMAQ, a efetividade das ações realizadas ao finalizar o segundo ciclo, principalmente no que se refere à assistência e a satisfação do usuário da Atenção básica.

Para tanto será necessário aplicar um questionário com o coordenador e usuários das ESFs.

Este estudo poderá contribuir na qualificação das ações dos coordenadores do PMAQ, proporcionando maior entendimento sobre a satisfação da sua população e êxito da assistência e dos serviços de saúde prestados. Também contribuirá com a identificação das possíveis dificuldades e, ou facilidades da equipe em desenvolver o PMAQ.

Esta pesquisa será desenvolvida com recursos econômicos do pesquisador.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado: da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento; da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa; do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando; da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Orientadora Luciane Maria Schmidt Alves (Fone 3717-7469) e Acadêmica de Enfermagem Cristiane Luiza de Vargas (Fone 51997612155). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do paciente ou  
legal

responsável

\_\_\_\_\_  
Nome ou assinatura do responsável

pela obtenção do presente  
consentimento

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável

quando for o caso

**APÊNDICE C: Instrumentos de Coleta de Dados I**

<b>Pesquisa de satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil</b>	
<b>1. Identificação do usuário</b>	
a) Sexo:	Masculino
	Feminino
b) Qual é a idade do (a) senhor (a)?	Anos
c) Entre as opções que vou ler qual a cor de pele/raça você considera como sendo a sua?	Branca
	Preta
	Amarela
	Parda/mestiça
	Indígena
	Ignorada
d) Até quando o (a) senhor (a) estudou?	Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
	É alfabetizado (sabe ler e escrever)
	Ensino fundamental incompleto
	Ensino fundamental completo
	Ensino médio incompleto
	Ensino médio completo
	Ensino superior incompleto
	Ensino superior completo
	Pós-graduação
	Não sabe/não respondeu
e) O senhor trabalha? Se NÃO, passar para a questão h.	Sim
	Não
f) O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?	Sim
	Não
g) Qual o valor?	Menos de 1 salário mínimo
	De 1 a 3 salários mínimos
	De 4 a 6 salários mínimos
	De 7 a 9 salários mínimos
	Mais de 10 salários mínimos
	Não sabe/não respondeu

<b>2. Acesso aos serviços de saúde</b>	
a) O senhor é beneficiário do Bolsa Família? Se NÃO, passar para o bloco 3.	Sim
	Não
A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente? Se NÃO, passar para a questão c	Sim
	Não
b) Por qual (ais) motivo (s) não recebe?	Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
	Porque a família saiu do critério do programa
	Não comprovou as condicionalidades
	Outro (s)
c) Algum profissional da equipe de saúde dessa Unidade já falou com o (a) senhor (a) sobre o Programa Bolsa Família?	Sim
	Não
<b>3. Acesso á Unidade de Saúde</b>	
a) Quanto tempo o (a) senhor (a) ou familiar leva da sua casa até a unidade básica de saúde/posto de saúde que costuma utilizar?	Até 30 min
	1 hora
	1 hora e 30 min
	2 horas
	Mais de 2 horas
b) Chegar até essa unidade de saúde é: Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.	Muito fácil
	Fácil
	Razoável
	Difícil
c) A equipe divulga o horário que a unidade funciona?	Muito difícil
	Sim
	Não
d) Para facilitar o seu atendimento ou de seus familiares, o (a) senhor (a) gostaria que a unidade básica de saúde/posto de saúde atendesse: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	Não sabe/não respondeu
	Mais cedo do que o horário que costuma abrir
	À tarde até às 18 horas
	À noite
	No horário de almoço
	Aos sábados
Aos domingos	

		Não sabe/não respondeu
<b>4. Acesso aos Serviços de Saúde: Marcação de Consulta</b>		
a) Na maioria das vezes, como é marcada consulta na Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde que o (a) senhor (a) ou algum familiar costuma utilizar?		Marcar por telefone
		Marcar pela internet
		Vai à unidade e marca o atendimento
		Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha
		O agente comunitário de saúde marca a consulta
		Outro (s)
		Não sabe/não respondeu
b) Quando a marcação da consulta pode ser feita? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Todos os dias e horários de funcionamento da ESF
		Em dias e/ou horários específicos
		Não sabe/não respondeu/não lembra
c) Quando o (a) senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
<b>5. Acesso aos Serviços de Saúde: Demanda Espontânea e Urgências</b>		
a) O senhor já precisou ir à unidade de saúde sem hora marcada? Se SIM, passar para a questão 6.d.		Sim
		Não
b) Quando o senhor (a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor (a) foi recebido (a)? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Muito bem
		Bem
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu/não lembra
c) A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?		Até 30 min
		1 hora
		1 hora e 30 min
		2 horas
		Mais de 2 horas
d) Qual o profissional que atendeu o (a)		Medico

senhor (a) na última vez quando veio sem hora marcada? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Enfermeiro
		Auxiliar/técnico de enfermagem
		Não sabe/não respondeu
		Outro (s)
<b>6. Atenção integral à saúde</b>		
a) Quando é atendido (a) nesta unidade, o (a) senhor (a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
b) Nas consultas, os profissionais da equipe examinam seu corpo? Ou se a consulta é para outra pessoa e você está só acompanhando, o profissional examina o corpo desta pessoa (ex: perna, barriga, garganta, etc.)?		Sim
		Não
		Não sabe/não lembra/não respondeu
c) O (a) senhor (a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
d) O (A) senhor (a) se sente respeitado pelos profissionais?		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não lembra/não respondeu
<b>7. Utilização: Coordenação do Cuidado</b>		
a) O (A) senhor (a) ou algum familiar já precisou ser encaminhado para outro profissional (especialista) em outro serviço de saúde? Se NÃO, passar para o bloco 8.		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
b) Quando o (a) senhor (a) é encaminhado (a) para outro (s) profissional (is) em outro (s) serviços, como a consulta é marcada?		Pela unidade básica de saúde e informada depois
		Tem que ligar ou ir à central de marcação de consultas especializadas
		Recebe uma ficha de

		encaminhamento/referência e procura o serviço por conta própria
		Não sabe/não respondeu/não lembra
<b>8. Visita Domiciliar</b>		
a) O agente comunitário de saúde (ACS) visita o (a) senhor (a) na sua casa?		Sim
		Não
		Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro
		Não sabe/não respondeu
b) Com qual frequência outro (s) profissionais da equipe de saúde visitam a casa do (a) senhor (a)?		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não lembra/não respondeu
<b>9. Satisfação do Usuário</b> <i>Sobre as condições de higiene e limpeza da Unidade de Saúde</i>		
a) De forma geral, o que o (a) senhor (a) acha das instalações da unidade de saúde:		Estão em boas condições de uso
		Estão em boas condições de limpeza
		Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera
		Nenhuma das anteriores
b) Como o senhor avalia as instalações da unidade?		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
<b>10. Satisfação com o cuidado</b>		
a) Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Esta unidade não entrega medicamento

		Não sabe/não respondeu/não lembra
b) Em sua opinião, o cuidado que o (a) senhor (a) recebe da equipe de saúde é:		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
<b>11. Mecanismos de participação e interação dos usuários</b>		
a) Quando o (a) senhor (a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o (a) senhor (a) consegue?		Sim
		Sim, mas com dificuldades
		Não
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu/não lembra
b) Quando o (a) senhor (a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?		Sim, teve rapidamente
		Sim, mas demorou
		Não
		Nunca fez reclamação
		Não sabe/não respondeu
c) O (a) senhor (a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

**APÊNDICE D: Instrumentos de Coleta de Dados II**

<b>Satisfação do usuário do ponto de vista dos profissionais de saúde</b>	
<b>1. Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica</b>	
a) Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
	Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde
	Posto avançado
	Outro(s)
b) Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade:	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
	Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
	Outras configurações
	Não sabe
c) Unidade de saúde tem equipe(s) participante(s) do PMAQ? (Se NÃO, passar para a questão e)	Sim
	Não
d) Quantidade de equipes participantes do PMAQ na unidade de saúde:	Equipes
e) Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s):	Médico
	Enfermeiro
	Cirurgião-dentista
	Técnico de enfermagem
	Auxiliar de enfermagem
	Técnico de saúde bucal
	Auxiliar de saúde bucal
	Agente comunitário de saúde
	Técnico de laboratório
	Microscopista
f) Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s):	Medico especialista
	Psicólogo
	Fisioterapeuta
	Nutricionista
	Assistente social
g) Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? Só poderá marcar uma opção de resposta.	Outro (s)
	SIAB
	e-SUS/SISAB
	Sistema de informação próprio
	Não sabe/não respondeu
<b>2. Horário de funcionamento da unidade de saúde</b>	
a) Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população?	Um turno
	Dois turnos



		Três turnos
b) Quais os turnos de atendimento?		Manhã
		Tarde
		Noite
		Nenhuma das anteriores
c) Esta unidade funciona quantos dias na semana?		Dias
d) Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?		Menos de 8 horas/dia
		8 horas/dia ou mais
		Nenhuma das anteriores
e) Nos dias em que a unidade de saúde funciona, até que horas ela permanece aberta?		Horário
		Não há horário fixo de funcionamento
f) Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?		Consultas médicas
		Consultas de enfermagem
		Consultas odontológicas
		Dispensação de medicamentos pela farmácia
		Recepção aos usuários
		Realização de curativos
		Outros procedimentos
		Vacinação
		Acolhimento
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
<b>3. Equipe de atenção Básica</b>		
a) A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
b) A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? (O entrevistador deverá ler as opções.)		Semanal
		Bimestral
		Trimestral
		Semestral
		Anual
		A equipe não realiza planejamento
c) A equipe planeja/programa suas atividades considerando: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
		As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
		As informações do SIAB
		As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)

	As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
	Os desafios apontados a partir da autoavaliação
	O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
	O envolvimento dos atores da comunidade
	O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área
	Não sabe/não respondeu
	Nenhuma das anteriores
d) A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim
	Não
e) A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?	Sim
	Não
f) A sua equipe já participou do PMAQ?	Sim
	Não
g) Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Sim
	Não
<b>4. Autoavaliação</b>	
a) Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	Sim
	Não
	Não sabe/não respondeu
b) Qual o instrumento utilizado? Poderá escolher somente uma opção	AMAQ
	AMQ
	Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
	Instrumento desenvolvido pelo Estado
	Outro(s)
c) Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? Poderá escolher somente uma opção	Muito Considerado
	Considerado
	Razoavelmente considerado
	Pouco considerado

		Não considerado
d) A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?		Sim
		Não
e) A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
f) Qual a periodicidade das reuniões? (O entrevistador deverá ler as opções.)		Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Sem periodicidade definida
		Não sabe/não respondeu
g) Quais são os temas das reuniões de equipe? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		Discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
		Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
		Construção/discussão de projeto terapêutico singular
		Planejamento das ações da equipe
		Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
		Educação permanente
		Avaliação das ações da equipe
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
<b>5. Territorialização e população de referência da equipe de atenção básica</b>		
a) Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Pessoas
b) A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
c) Existe definição da área de abrangência da equipe?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
d) A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco 6)		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

e) Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?	Menos de um mês
	Meses
	Não foi realizado o mapeamento
f) Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	Sim
	Não
	Não sabe/não respondeu
g) Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua equipe são atendidas por esta equipe? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Todos os dias da semana
	Alguns dias da semana
	Nenhum dia da semana
	Não sabe/não respondeu
<b>6. Acolhimento à demanda espontânea</b>	
a) Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão h)	Sim
	Não
	Não sabe/não respondeu
b) Em que local é realizado o acolhimento? Poderá escolher mais de uma opção	Sala específica
	Consultório
	Sala de espera/recepção
	Outro local
	Não há local específico
c) Em quais turnos é feito o acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Manha
	Tarde
	Noite
d) Com que frequência acontece? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Um dia por semana
	Dois dias por semana
	Três dias por semana
	Quatro dias por semana
	Cinco dias por semana
	Mais de cinco dias por semana
e) Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim
	Não
f) A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? Poderá escolher mais de uma opção	Queixas mais frequentes no idoso
	Problemas respiratórios
	Queixas mais frequentes no adulto
	Queixas mais frequentes na criança
	Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
	Traumas e acidentes
	Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação

		Dengue
		Outro (s)
		Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
g) A equipe realiza atendimento de:		Dor torácica
		Crise convulsiva
		Nefrolitíase
		Crise de asma
		Crise hipertensiva
		Hiperglicemia em diabéticos
		Casos suspeitos de dengue
h) O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?		Sim
		Não
<b>7. Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:</b>		
a) Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/ acolhimento?		Minutos
b) Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta? Poderá escolher somente uma opção		Minutos
<b>8. Organização da agenda</b>		
a) A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? Poderá escolher mais de uma opção		Visita domiciliar
		Grupos de educação em saúde
		Atividade comunitária
		Consultas para cuidado continuado
		Acolhimento à demanda espontânea
		Nenhuma das anteriores
b) Para quais grupos a equipe oferta ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Gestantes
		Crianças
		Mulheres
		Usuários de tabaco
		Usuários álcool e outras drogas
		Pessoas com obesidade
		Idosos
		Escolares
	Hipertensão arterial sistêmica	

		Diabetes Mellitus
		Asma/DPOC
		Outros
c) A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
d) Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
e) Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
f) Os usuários que vão à unidade de saúde com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração precisam passar antes por consulta médica para encaminhamento?		Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
<b>9. Agendamento para consultas na unidade de saúde</b>		
a) Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? O entrevistador deverá ler as opções.		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
		Em qualquer dia da semana, em horários específicos
		Dias específicos fixos em até três dias na semana
		Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
		Outro(s)
b) Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada
		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
		A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas
		O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado

		O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado
		Não há um percurso definido
c) A equipe possui o registro do seu território: Poderá escolher mais de uma opção		De todas as gestantes
		Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
		Das mulheres elegíveis para exame de mamografia
		Das crianças até dois anos
		Das pessoas com hipertensão
		Das pessoas com diabetes
		Das pessoas com DPOC/Asma
		Das pessoas com obesidade
		Outro(s)
d) A equipe programa oferta de consultas para quais situações? Poderá escolher mais de uma opção		Pré-natal
		Hipertensão arterial sistêmica
		Diabetes mellitus
		Obesidade
		DPOC/Asma
		Transtorno mental
		Crianças até dois anos
		Outro(s)
		Não oferta consultas
e) A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? Poderá escolher mais de uma opção		Câncer do colo do útero
		Câncer de mama
		Pré-natal
		Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
		Diabetes mellitus
		Hipertensão arterial sistêmica
		Tuberculose
		Hanseníase
		Saúde mental
		DPOC/Asma
	Álcool e drogas	
	Outro(s)	

		Não utiliza protocolos
<b>10. Oferta e resolubilidade de ações da equipe</b>		
a) Quais exames são realizados/coletados na unidade? Poderá escolher mais de uma opção		ET - Exames de sangue
		ET - Urina
		ET - Fezes
		ES - Exame citopatológico de colo de útero
		T - Eletrocardiograma
		Não são realizados/coletados exames na unidade
b) A equipe de atenção básica realiza: Poderá escolher mais de uma opção		ET - Drenagem de abscesso
		ET - Sutura de ferimentos
		Mensal
		ES - Retirada de pontos
		ET - Lavagem de ouvido
		ET - Extração de unha
		ES - Nebulização/inalação
		ES - Curativos
		ES - Medicações injetáveis intramusculares
		ES - Medicações injetáveis endovenosas
		ET - Inserção de DIU
	Outro(s)	
	Não realiza nenhum dos procedimentos acima	
c) Qual (s) profissional (is) realiza(m) o exame citopatológico? Poderá escolher mais de uma opção		Médico
		Enfermeiro
		Técnico de enfermagem
		Não se aplica (quando a equipe não realiza exame citopatológico de colo do útero)
<b>11. Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério</b>		
a) A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?		Sim
		Não
b) No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Poderá escolher mais de uma opção		Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
		Consulta odontológica da gestante
		Vacinação em dia da gestante
		Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
		Nenhuma das anteriores
c) Que ações a equipe realiza para garantir a		Visita do agente comunitário de



consulta de puerpério até 10 dias após o parto? Poderá escolher mais de uma opção		saúde para captação da mulher
		Visita domiciliar de outros membros da equipe
		Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
d) Como a equipe monitora as gestantes que tiveram partos? Poderá escolher mais de uma opção		Recebe a contra referência da maternidade
		Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto
		Recebe informação da secretaria municipal de saúde
		Outros
		Não possui sistema de monitoramento
<b>12. Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida</b>		
a) A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos? Se NÃO, passar para o bloco 13.		Sim
		Não
b) No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre: Poderá escolher mais de uma opção		Vacinação em dia da criança
		Crescimento e desenvolvimento
		Estado nutricional
		Teste do pezinho
		Violência familiar
		Acidentes
	Outro(s)	
<b>13. Atenção à Pessoa com Obesidade</b>		
a) A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: Poderá escolher mais de uma opção		Das crianças menores de 2 anos de idade
		Das crianças menores de 10 anos
		Das gestantes
		Dos adultos com hipertensão e diabetes
		Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde
		Outro(s)
		Não realiza
b) A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?		Sim
		Não
c) Após a identificação de usuário adulto com		Organiza consultas de

<p>obesidade (<math>IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2</math>), quais condutas a equipe realiza? Poderá escolher mais de uma opção</p>		acompanhamento deste usuário na UBS
		Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física.
		Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS
		Encaminha para serviço especializado
		Outro(s)
		Não realiza nenhuma conduta específica
<b>14. Atenção à Pessoa com Tuberculose</b>		
a) A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?		Sim
		Não
b) A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?		Sim
		Não
<b>15. Atenção à Pessoa com Hanseníase</b>		
a) A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?		Sim
		Não
b) A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?		Sim
		Não
<b>16. Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico</b>		
a) A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?		Sim
		Não
b) Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico? Poderá escolher somente uma opção		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
		Em qualquer dia da semana, em horários específicos
		Dias específicos fixos, em qualquer horário
		Dias específicos fixos, em horários específicos
		Outro(s)
c) Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?		Dias
		Atendido no mesmo dia

d) A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim
	Não
<b>17. Atenção à Pessoa com Deficiência</b>	
a) A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência? Se NÃO, passar para o bloco 18.	Sim
	Não
	Não se aplica (Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
b) A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?	Sim
	Não
	Não se aplica (Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
c) Qual o tipo? Poderá escolher mais de uma opção	Aparelho auditivo
	Membros superiores
	Membros inferiores
	Cadeira de rodas
	Outro (s)
<b>18. Práticas Integrativas e Complementares</b>	
a) A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? Se NÃO, passar para o bloco 19.	Sim
	Não
b) Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos? Poderá escolher mais de uma opção	Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura
	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura
	Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)
	Plantas medicinais e fitoterapia
	Homeopatia
	Medicina Antroposófica
	Termalismo Social/Crenoterapia

		Nenhuma das anteriores
c) A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando: Poderá escolher mais de uma opção		Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
		Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica
		Outro(s)
		Não realiza atividades de educação em saúde abordando as práticas integrativas e complementares
<b>19. Promoção da Saúde</b>		

a) A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Se NÃO, passar para o bloco 20. Poderá escolher mais de uma opção		Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
		Planejamento familiar
		Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
		Homens
		Idosos
		Alimentação saudável
		Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
		Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território
		Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas
		Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
		O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
	O uso, abuso e dependência de	

		ansiolíticos e benzodiazepínicos
		Outro(s)
		Não realiza atividades de promoção à saúde
<b>20. Programa Bolsa-Família</b>		
a) A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?		Sim
Se NÃO, passar para o bloco 21.		Não
b) Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?		Sim
		Não
<b>21. Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio</b>		
a) A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?		Sim
Se NÃO, passar para o bloco 22.		Não
b) Os agentes comunitários de saúde têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?		Sim
		Não
c) A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?		Sim
		Não
d) Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?		Médico
		Enfermeiro
		Técnico/auxiliar de enfermagem
		Cirurgião-dentista
		Técnico/auxiliar de saúde bucal
e) No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam:		Nenhuma das anteriores
		Atendimento clínico (usuário idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio)
		Realização de procedimentos de enfermagem
		Outro(s)
f) A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?		A equipe não realiza cuidado no domicílio
		Sim
		Não
<b>22. Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário</b>		
a) A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?		Sim
		Não
b) A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas		Sim

demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?		Não
c) Quais os canais de comunicação disponibilizados? Poderá escolher mais de uma opção		Telefone da unidade
		Telefone da ouvidoria
		Email
		Site disponível ao usuário
		Ficha para preenchimento
		Livro ou caderno
		A equipe possui relatório
d) A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?		Sim
		Não
<b>23. Atividades nas Escolas</b>		
a) A equipe realiza atividades na escola? Se NÃO, passar para o bloco 24.		Sim
		Não
b) A equipe possui registro das atividades realizadas na escola? Se NÃO, passar		Sim
		Não

## ANEXO A – Termo de Aceite



Santa Cruz do Sul, 13 de junho de 2017.

### TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado **“SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ”**, desenvolvido pela acadêmica Cristiane Luiza de Vargas, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Luciane Schmidt Alves, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde: ESF Pedreira, ESF Cristal/Harmonia, ESF Gloria/Imigrante, ESF Senai, ESF Menino Deus, ESF Margarida Aurora, ESF Gaspar Bartholomay, ESF Bom Jesus, ESF Rauber/Carlota, ESF Linha Santa Cruz, ESF Faxinal, ESF Progresso da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente

  
CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

## ANEXO B – Normas da Revista

Instituições em contato para preparação e submissão de artigos

### Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

#### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista "Saúde em Debate", criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratam de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A "Saúde em Debate" aceita trabalhos originais e inéditos que apóiem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A "Saúde em Debate" não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

#### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

SAÚDE DEBATE

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que apóiem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

#### Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

Padrão A4 (210x297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vincularem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.



## ANEXO B – Normas da Revista

### Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

**O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:**

#### 1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (a cita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações

ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

#### Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**2. Texto.** Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- Métodos descritos de forma objetiva;
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- Conclusão.

**3. Colaboradores.** No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do resumo ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**4. Agradecimentos.** Opcional.

**5. Referências.** Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

#### Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

## ANEXO B – Normas da Revista

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

### Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

### Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

#### Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Segurança social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

#### Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

#### Artigo de periódica

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

#### Material da Internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate* Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipa/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

Obs.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

### PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise e, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Obs.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por um software detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

## ANEXO B – Normas da Revista

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

### DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br).

#### 1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

#### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

#### 3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma

lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

#### 4. Declaração de tradução

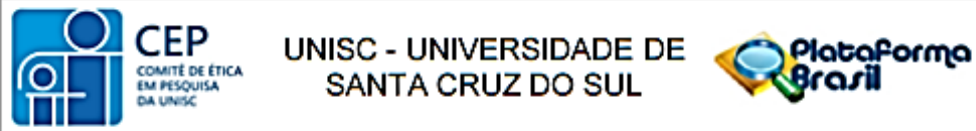
Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

**NOTA:** A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>.

#### Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 210 40-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ

**Pesquisador:** Luciane Maria Schmidt Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70677917.3.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

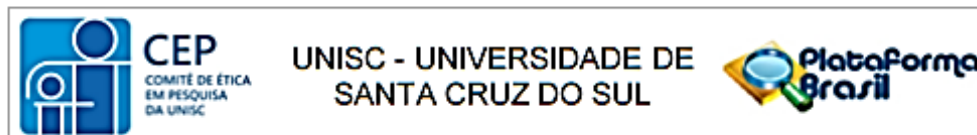
**Número do Parecer:** 2.167.760

**Apresentação do Projeto:**

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) surgiu da necessidade de que se tenha uma melhor qualidade no atendimento aos usuários da atenção básica. Pensando nisso, implantou-se o programa com o objetivo inicial de mensurar essa assistência. Para que este ponto fosse atingido, muitas mudanças precisaram ser feitas, desde a chegada do paciente até a sua saída da unidade com um mínimo de resolutividade e satisfação. Este estudo tem como objetivo identificar junto ao usuário e coordenador do PMAQ nas ESFs, a efetividade das ações realizadas ao finalizar o segundo ciclo no que se refere à assistência e a satisfação do usuário da Atenção básica. Seguirá a metodologia de pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva de natureza básica, realizada nas estratégias de saúde da família com equipes homologadas para o terceiro ciclo do programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do município de Santa Cruz do Sul (RS). Serão sujeitos da pesquisa os coordenadores do PMAQ (12) bem como os usuários que estarão nas respectivas unidades no dia da coleta de dados, estimando 240

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 96.815-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL  
**Telefone:** (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 2.167.760

participantes. A pesquisa será realizada no segundo semestre de 2017 e o instrumento utilizado para a coleta dos dados será um questionário. As respostas dos participantes da pesquisa serão analisadas e os dados armazenados pelo período de cinco anos conforme prevê a CNS 466/12, garantindo assim, respaldo legal à pesquisadora.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar junto ao usuário e coordenador do PMAQ nas ESFs, a efetividade das ações realizadas ao finalizar o segundo ciclo no que se refere à assistência e a satisfação do usuário da Atenção básica.

**Objetivo Secundário:**

Identificar a existência e a fase em que se encontra o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município.

Entender o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço para o desenvolvimento do PMAQ na visão do coordenador. Conhecer,

do ponto de vista do coordenador da equipe, as ações de assistência realizadas ao finalizar o segundo ciclo.

Verificar a satisfação e a percepção

dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização do serviço.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Mesmo visando à privacidade e o total anonimato dos sujeitos, é possível que ocorram riscos para os participantes da pesquisa, que podem estar relacionados ao constrangimento devido ao local da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Tudo normal

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

não há.

**Recomendações:**

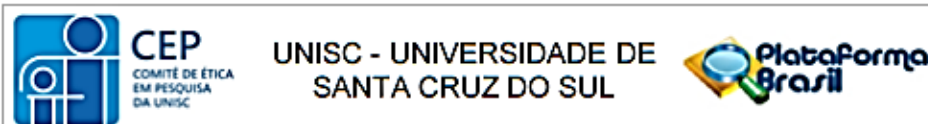
não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 2.167.760

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_954123.pdf	30/06/2017 15:26:15		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.PDF	30/06/2017 15:15:20	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/06/2017 15:14:23	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	30/06/2017 15:11:36	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/06/2017 15:11:06	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/06/2017 15:10:56	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 11 de Julho de 2017

Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br