

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Allan da Silva Dias

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS  
POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Santa Cruz do Sul**

**2018**

Allan da Silva Dias

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS  
POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Enfermagem da  
Universidade de Santa Cruz do Sul –  
UNISC, como requisito parcial do título  
de Bacharel em Enfermagem

Professor(a) orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Enf<sup>ª</sup>.  
Dra. Luciane Schmidt Alves

**Santa Cruz do Sul**

**2018**

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling**

Santa Cruz do Sul, junho de 2018

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS  
POR UMA ESF**

Allan da Silva Dias

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

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

**BANCA EXAMINADORA:**

\_\_\_\_\_  
Prof. Orientador. Dra Luciane Shmidt Alves

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra Vera Eleni Costa Somavilla

\_\_\_\_\_  
Prof. Mestre Ingre Paz

## RESUMO

Este estudo visa compreender a percepção dos usuários frente as ações desenvolvidas em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul/RS, levando em conta o acesso, utilização dos serviços e participação social. Portanto, o estudo tem como objetivos conhecer se as necessidades de acesso dos usuários são atendidas, verificar se a utilização está de acordo com suas necessidades e identificar se há participação social dos usuários nas decisões da unidade. Esta pesquisa foi realizada com a metodologia quantitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida com 174 usuário da unidade por meio de questionário autoaplicável que foram entregues em suas residências e recolhidos após 30 dias, 80(46%) participantes, optaram por expressarem suas opiniões através de uma questão aberta que tinha como tema principal o que a unidade poderia fazer para melhorar o atendimento. Os resultados foram apresentados em números relativos e absolutos, os absolutos foram coletados diretamente da fonte, sem qualquer tipo de manipulação, somente contagem. Entretanto, os relativos foram expressos na forma de porcentagens. Foi utilizado pacote estatístico do Excel para análise dos dados. Considerando os resultados, observou-se que os usuários envolvidos com a ESF, reconhecem a importância e os efeitos positivos das ações de saúde em suas famílias, e da comunidade, na prevenção de doenças, comorbidades e controle social. Porém demonstraram insatisfação com algumas demandas não atendidas, como agendamento de consultas por telefone. Um dos resultados evidentes é a não participação social dos usuários com a unidade, não havendo interação dos mesmos nas decisões e projetos executados pelos profissionais de saúde, se fazendo necessário uma avaliação da situação para desenvolver estratégias para incluir e integrar a comunidade com a unidade. Os dados e resultados desta pesquisa foram repassados para secretaria de saúde do município para que possam ser analisados e trabalhados com o objetivo de avaliar e melhorar a assistência prestada para a população.

**Descritores:** Satisfação do usuário; Ações de saúde; Atenção básica.

## **Lista de abreviações e siglas**

<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>ESF</b>	<b>Estratégia de Saúde da Família</b>
<b>AB</b>	<b>Atenção Básica</b>
<b>UBS</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
<b>PMAQ</b>	<b>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade</b>
<b>MS</b>	<b>Ministério da Saúde</b>
<b>PACS</b>	<b>Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>
<b>PSF</b>	<b>Programa de Saúde da Família</b>
<b>USF</b>	<b>Unidade de Saúde da Família</b>
<b>PNASS</b>	<b>Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde</b>
<b>DENASUS</b>	<b>Departamento Nacional de Auditoria do SUS</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7.</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>10.</b>
<b>2.1</b>	<b>Contextualizando o SUS e ESF.....</b>	<b>10.</b>
<b>2.2</b>	<b>Avaliação dos Serviços de Saúde na Atenção Primária.....</b>	<b>12.</b>
<b>2.3</b>	<b>A Satisfação do Usuário na Atenção Primária.....</b>	<b>15.</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>18.</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Pesquisa.....</b>	<b>18.</b>
<b>3.2</b>	<b>Local da Pesquisa.....</b>	<b>19.</b>
<b>3.3</b>	<b>Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>20.</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados.....</b>	<b>21.</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos éticos.....</b>	<b>22.</b>
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>23.</b>
<b>4.1</b>	<b>Acesso.....</b>	<b>25.</b>
<b>4.2</b>	<b>Atendimento.....</b>	<b>26.</b>
<b>4.3</b>	<b>Urgência.....</b>	<b>27.</b>
<b>4.4</b>	<b>Qualidade das consultas e Tempo de espera.....</b>	<b>28.</b>
<b>4.5</b>	<b>Vínculo.....</b>	<b>29.</b>
<b>4.6</b>	<b>Atividades Coletivas.....</b>	<b>30.</b>
<b>4.7</b>	<b>Mecanismos de participação e interação dos usuários.....</b>	<b>31.</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34.</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36.</b>
	<b>ANEXO A – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL .....</b>	<b>39.</b>
	<b>ANEXO B – TERMO DE ACEITE INSTICIONAL AO CEP.....</b>	<b>40.</b>
	<b>ANEX C - PARECER DO CEP.....</b>	<b>41.</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>44.</b>
	<b>APÊNDICE – B INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</b>	<b>45.</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) no Brasil tem um papel ordenador das Redes de Atenção em Saúde, como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), trata-se de uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS) e do governo federal. Nos últimos anos, com o crescimento dos investimentos e iniciativas voltadas à atenção básica, ocorreu uma maior oferta das ações de saúde para atender às necessidades da população brasileira. O país atingiu uma cobertura estimada de mais da metade da população pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e mais 20 % por outros modelos de serviços da Atenção Básica. Diante disso, qualidade da gestão e da assistência das equipes, são questões que têm assumido maior relevância para os gestores do SUS. O MS no contexto de ESF, através da portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que busca instigar a instituição de processos que contribuem e aumenta a capacidade da gestão federal, estaduais e municipais e das equipes de saúde. O objetivo do programa, é provocar e incentivar processos e movimentos que criem e garantam maior acesso e qualidade, de forma que atendam as reais necessidades da população (BRASIL, 2015).

Com esse aumento das unidades de ESF, com uma proposta de ter uma população adscrita, com o viés de conhecer melhor a realidade daquela população, se verifica a necessidade de sabermos o que realmente a população entende sobre o que a estratégia deve fazer em prol da saúde dos usuários, assim como garantir o acesso e utilização prezando pelos principais princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade. Algumas ferramentas são utilizadas como ouvidorias presenciais ou através de meios de comunicação, telefone, e-mails e redes sociais. Entretanto, essas ferramentas são utilizadas pelos usuários na maioria das vezes para fazer reclamações do que fazer sugestões ou até mesmo elogios. Com isso, poderia ser feita uma melhor leitura de como os usuários percebem a efetividade das ações de saúde da unidade, verificando se estão de acordo com suas demandas e necessidades.

Comumente as unidades de saúde são avaliadas pelos gestores municipais de saúde por meio de ouvidorias, que não estabelecem a real efetividade do serviço. Diante disso, foi criado o PMAQ com intuito de compreender se as ações desenvolvidas estão de acordo com as necessidades dos usuários. Para isso os usuários são submetidos a questionários para mensurar em número sua satisfação ou descontentamento com determinada ação desenvolvida em uma unidade. Pois, partindo destes indicadores que os gestores em saúde desenvolvem metas e estratégias para poder

colocar em práticas políticas de saúde, com o objetivo organizar a assistência na atenção básica.

O PMAQ se organiza em quatro fases, que vão se complementando formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção básica. A primeira fase consiste na adesão da equipe ao PMAQ, após se inicia a segunda fase que consiste no desenvolvimento de ações com foco na auto avaliação, nos indicadores, na educação permanente e no apoio institucional. A terceira fase se realiza com a avaliação externa das equipes de saúde para finalizar se inicia a quarta fase que se desenvolve com a recontractualização das equipes para o próximo ciclo (BRASIL, 2015).

Portanto, através da avaliação do PMAQ se faz possível ter uma visão geral de como está a qualidade do acesso e utilização dos serviços de saúde. Entretanto, este trabalho possui a proposta de conhecer uma realidade única, com um perfil delimitado de uma determinada região. A percepção dos usuários varia conforme o ambiente onde os mesmos convivem, assim como seus conceitos de saúde, doença e prevenção. Com isso, cabe aos profissionais de saúde estarem abertos a novas experiências, desmistificando visão do que os profissionais são detentores do conhecimento.

Com o avanço expressivo da Atenção Básica no Brasil, assim como as dificuldades de implementação das ações relacionadas com a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, os desafios se apresentam de diferentes formas como problemas com falta de infraestrutura de algumas unidades, bem como falta de humanização no atendimento dos profissionais. Os desafios vão além, sendo a sobrecarga de trabalho, falta de capacitação dos profissionais e falta de trabalhadores da área, aspectos a serem repensados para poder desenvolver estratégias e caminhos para transpor tais obstáculos que dificultam a efetividade dos serviços (BRASIL, 2015).

Algumas características e aspectos que podem influenciar no nível de satisfação do usuário, bem como fatores culturais, socioeconômicos ou grau de instrução. O mesmo usuário que se diz insatisfeito com o atendimento da unidade, pode estar satisfeito se outra demanda está sendo atendida no mesmo serviço. Portanto, a satisfação é muito mais complexa do que avaliar como apenas bom e ruim, deve-se levar em conta outras questões.

Conforme PINHEIRO (2009, p 02): “A participação do usuário auxilia nas transformações das práticas dos gestores, trabalhadores e avaliadores, contribuindo no processo de produção do cuidado à saúde e de melhoria do desempenho do SUS”.



Nesse sentido, o atendimento no contexto da ESF deve-se ancorar na autonomia dos usuários em seu empoderamento, bem como na gestão participativa e na mútua construção da promoção da saúde. Além disso, se os serviços da unidade forem efetivos, gradativamente serão contagiados de maneira positiva não só para os usuários e a comunidade adscrita, mas também aos próprios trabalhadores, fazendo com que o atendimento de qualidade promova a satisfação e contribua para o empoderamento dos envolvidos no processo de trabalho de saúde da família (LIMA, 2014).

Portanto, este estudo, apresentou como objetivo geral avaliar a efetividade das ações de saúde realizadas pela ESF na percepção de quem recebe a assistência, os usuários. Já como objetivos específicos ressalta-se a necessidade de avaliar esta percepção em relação as ações no que se refere ao acesso, utilização do serviço e participação social. Como hipóteses, destaca-se: dificuldades de os usuários expressarem suas opiniões na unidade, bem como não participarem do processo de gestão; maior adesão ao modelo biomédico, levando-os a questionamentos sobre a alta rotatividade dos profissionais médicos; a baixa escolaridade interferindo no entendimento dos usuários no que se refere a satisfação e, ainda, a possibilidade de existir fatores que dificultam o acesso do usuário à unidade.

## **2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A fundamentação teórica desse trabalho está apresentada em três tópicos: No primeiro, um breve histórico sobre surgimento do SUS e Estratégia de saúde da família. O segundo faz uma contextualização sobre o PMAQ e o terceiro sobre avaliação e satisfação dos usuários na atenção básica.

### **2.1 Contextualizando o SUS e ESF**

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se através da Constituição Federal de 1988 e foi oficializado pela Lei 8.080 de 1990, que consiste na promoção, proteção e recuperação da saúde, juntamente com a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Em dezembro 1990, através da Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde. O SUS mantém-se organizado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para suprir com resolutividade as necessidades de saúde dos grupos sociais (BRASIL, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu quando o Ministério da Saúde, em 1991, criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com intuito de reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil nas regiões Norte e Nordeste, através do aumento da cobertura de saúde para as áreas mais carentes e vulneráveis. Em 1994, o Ministério da Saúde passou a investir mais no projeto, com isso tornando o programa um dos pilares de sustentação do SUS, por ser uma política no âmbito federal os recursos são repassados para os estados e municípios. A denominação de PSF acaba sendo modificada para ESF (Estratégia de Saúde da Família) pois um programa teria um término e uma estratégia se manteria como política de saúde, com os objetivos principais de reorganizar, expandir, qualificar e consolidar a atenção básica do país, mantendo as diretrizes do SUS (CORDOBA, 2013).

A atenção primária à saúde surgiu como porta de entrada do usuário na rede assistencial dentro do sistema de saúde. Entretanto, a ESF surge como um movimento de reorientação do modelo de atenção básica em nosso país, mostrando vários avanços desde sua criação, como o aumento da cobertura para a população brasileira, além da elevação da qualidade de assistência e de seus mecanismos de gestão (BRASIL, 2008).

No Brasil, em 2015, existiam por volta de 40,7 mil ESFs em funcionamento em todos os estados, representando um aumento de 135% em relação ao ano de 2002, quando os números eram de 16,7 mil unidades. Em relação ao número de agentes comunitários de saúde também cresceu 49%, de 175,4 mil em 2002 para 265,2 mil em 2015. As equipes de saúde bucal tiveram um significativo aumento, passando de 4,2 mil em 2002 para 23,8 mil no de 2015. Uma ESF contempla com seu atendimento em média 3,5 mil pessoas, bem como, entre 2002 e 2015, a população de cobertura teve um crescimento de 120%, pois de 54,9 milhões passou para mais de 134 milhões de pessoas beneficiadas (BRASIL, 2015).

A ESF como novo modelo de saúde no Brasil supera o modelo antigo, que se baseava exclusivamente na cura de doenças, sendo sustentado por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, pelo trabalho em equipe e com foco na população e territórios adscritos. Com a confiança e liberdade oferecidas pelos usuários, as equipes acabam estabelecendo vínculo com a população, viabilizando o compromisso e corresponsabilidade dos profissionais como dos usuários e a comunidade. O desafio da ESF é expandir suas fronteiras de atuação com o objetivo de possuir ações resolutivas em que a saúde da família é entendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deve integrar a todo o contexto de organização do sistema de saúde (CORDOBA, 2013).

Segundo CORDOBA (2013 p. 51), os princípios básicos da ESF são: “Integralidade e hierarquização; Territorialização e cadastramento da clientela; Caráter substitutivo; Equipe multiprofissional; incorporar e reafirmar princípios básicos do SUS; Estruturação na USF (Unidade Saúde da Família)”.

As equipes de ESF devem ser compostas com no mínimo um médico, um enfermeiro, um a dois técnicos ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada pela equipe de saúde bucal, constituída por um dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. A equipe pode ser responsabilizada por no máximo 4 mil usuários, sendo recomendado que o ideal seja não ultrapassar os 3 mil usuários de uma determinada área. Os profissionais das equipes devem, de preferência, residir no município onde trabalham para a melhor vinculação e identidade cultural com as famílias assistidas, já as ACS devem obrigatoriamente residirem no bairro de abrangência da unidade (CORDOBA, 2013).

A equipe de uma ESF deve conhecer a realidade de suas famílias as quais são assistidas, focando na situação socioeconômica, cultural, mental, demográfica e epidemiológica, identificando os problemas de saúde e situações de riscos que a população está exposta. Com isso, criar um plano de ação para localizar e, se possível, eliminar os fatores de riscos com a participação da comunidade ativamente em Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, programando e estruturando as atividades do trabalho. Composto por uma equipe multiprofissional, cada integrante da equipe, conforme suas qualificações, executa ações de controle as infecções sexualmente transmissíveis, AIDS, doenças infectocontagiosas e crônicas. Entretanto, só é possível atingir tais objetivos, se for construído uma relação de confiança e vínculo com os usuários de família facilitando o processo do cuidado, resolvendo, quando possível os problemas de saúde detectados, prestando uma assistência integral, visando à saúde dos indivíduos, promovendo prevenção em saúde e educação sanitária. Para viabilizar estas ações de educação é necessário desenvolver grupos que recuperam ou melhoram a qualidade de vida dos usuários com informações e práticas de vida saudável por meio de processos educativos. A educação permanente vem para agregar conhecimento as equipes capacitando os integrantes com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada (CORDOBA, 2013).

## **2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde na Atenção Primária**

Com a necessidade dos órgãos de gestão da atenção básica em conhecer a real satisfação e percepção dos utentes em relação aos serviços prestados em todas as esferas da saúde. Diante disto, foi criado o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), derivado do já desenvolvido programa de avaliação dos serviços hospitalares com início em 1998. Em 2004, O Departamento de Regulação em parceria com a Agência Nacional de Vigilância e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou o programa possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção dos estabelecimentos de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

A organização do SUS e suas principais atribuições estão estruturadas pelo Pacto Inter federativo, entre essas atribuições se incluem o planejamento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde, que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS, e trazer melhorias das condições de saúde dos indivíduos e da população. A Política Nacional de Regulação, criada pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui como ação a avaliação de desempenho

dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. Em janeiro de 2015, foi publicada Portaria GM/MS Nº 28, que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Neste contexto, a avaliação constitui-se como uma das etapas mais relevantes para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde. Avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados aos riscos, a vulnerabilidades e ao acesso e à satisfação dos usuários, torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do planejamento para o aperfeiçoamento do sistema. A busca de reorganização da gestão e da atenção necessita passar por sistemas de informação que sejam competentes o suficiente para contemplar o redirecionamento das ações de saúde em busca à da racionalidade, somente possível em um Sistema Nacional plural e heterogêneo nas suas diversas instâncias (BRASIL, 2015).

O tema do acesso e da qualidade nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, tem feito parte das preocupações das três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Com o PMAQ busca-se, progressivamente e continuamente, a melhoria das ações e serviços na atenção básica, de forma a garantir um padrão de qualidade no cuidado à população e no ambiente e condições de trabalho dos profissionais de saúde. Tem a função de ser instrumento para avaliação e ajuste das Redes de Atenção à Saúde no SUS (BRASIL, 2015).

O PMAQ possui como objetivo estimular os gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade dos serviços prestados para os usuários de um território. Para esse fim, dispõe de um composto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa aumenta o repasse de investimentos do incentivo federal para os municípios participantes que conquistarem um aumento no padrão de qualidade no atendimento. O PMAQ teve início em 2011 e, em 2015, começou o 3º ciclo com a presença de todas as equipes de saúde da atenção básica, englobando as equipes de apoio, como saúde bucal, núcleos de apoio à saúde da família e centros de especialidades odontológicas (BRASIL 2015).

O Ministério da Saúde tem como prioridade a aplicação da gestão pública fundamentada nas ações de monitoramento e avaliação dos processos de trabalho e resultados. Com vários empreendimentos no intuito de reconhecer a qualidade dos serviços de saúde prestados à população brasileira, aumentando o acesso aos diversos serviços de atenção básica existentes no País. Esta iniciativa propõe a melhoria da qualidade dos serviços, com uma garantia de um padrão de

qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a contribuir para maior clareza e efetividade nas políticas públicas direcionadas à atenção primária no Brasil. A organização do PMAQ se dá por três fases, a primeira sendo a adesão e contratualização, a segunda, consiste na certificação e contratualização e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que formam um ciclo contínuo de atualizações do acesso e da qualidade dos serviços da rede básica de saúde (BRASIL, 2017).

Conforme o instrumento de avaliação externa do PMAQ de 2017, o programa está organizado em três fases (Adesão, e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que constituem um ciclo constante de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, através da contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A segunda fase consiste na Certificação, que é composta por avaliação externa, avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e verificação da realização de momento auto avaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo, Muito Bom, Bom, Regular e Ruim. A terceira fase, Recontratualização, é composta por um procedimento de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

Em relação ao município de Santa Cruz do Sul, a ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde desenvolve várias atribuições na esfera administrativa, que vão do simples recebimento de demandas relativas a reclamações, sugestões, denúncias e raramente elogios. Além disso, é uma importante ferramenta de apoio ao gestor, pois possibilita ter uma noção de toda a rede de serviços prestados, bem como monitorar os serviços contratados. Com isso, podendo ir a campo e verificando as boas experiências e outras que devem serem corrigidas, amplificando as fontes de informações disponíveis, possibilitando ao gestor uma atuação mais rápida na busca de melhorias dos serviços prestados. Quanto se tem como tomar conhecimento da opinião dos utentes da atenção básica é que se pode obter parâmetros reais da situação dos serviços prestados à comunidade. Por mais que grande parte das ouvidorias são feitas presenciais ou por telefone, uma prática vem se desenvolvendo cada vez mais, com o uso das redes sociais e aplicativos de celular que conseguem

aproximar a comunidade da prefeitura, tornando mais eficiente o trabalho do poder público, além de garantir agilidade na resolução dos problemas. O usuário, após o contato, recebe um número de protocolo para acompanhar o andamento de sua solicitação (SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

### **2.3 A Satisfação do Usuário na Atenção Primária**

A comunidade brasileira acadêmica vem desenvolvendo vários estudos com o viés de aprofundar a perspectiva e percepção dos usuários da rede básica com intuito de aperfeiçoar as tecnologias de atendimento para alcançar uma assistência que supra as necessidades das pessoas na sua integralidade. Com isso, o melhor que se tem a fazer é ouvir a opinião dos usuários acerca de como está sendo prestado o serviço na atenção básica e se realmente estas práticas estão sendo efetivas causando impactos positivos nas vidas das pessoas.

Em estudo sobre a percepção dos usuários da atenção básica se verificou uma avaliação positiva em relação ao horário de atendimento atendendo suas expectativas, principalmente em municípios de menor porte populacional. Entretanto, o acolhimento sofre uma variação quanto a sua prática, quanto menor o porte da população do município menor a frequência de realização do acolhimento. Os resultados deste estudo indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial da atenção básica, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Com isso, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da atenção primária à rede ainda é precária e falta coordenação entre APS e atenção especializada (FAUSTO *et al*, 2014).

Conforme CAMPOS *et al*, (2014) na percepção dos usuários, um problema crônico no SUS é a falta de profissionais em geral, mas principalmente de médicos. A definição de porta aberta para demandas espontâneas não deve ser confundida com garantia de acesso. O acesso estaria relacionado com a ideia da ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do utente. Outro problema é a dificuldade para marcação de consultas com alguns especialistas e tempo de espera na realização de alguns exames. Os usuários comumente exigem condutas do modelo biomédico nos atendimentos, cujas as ações são centralizadas na figura do médico, indo de encontro a proposta da estratégia de saúde coletiva e prevenção de agravos. Contudo, muitos utentes percebem erroneamente que acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, entendendo que as demais ações realizadas antes deste contato são formas de

triagem. Entretanto, a estratégia tenta contrapor essa prática, ainda dominante, da população introduzindo na equipe multiprofissional aspectos preventivos e de promoção à saúde, além de um atendimento humanizado, valorizando o vínculo entre profissionais e usuários.

Conforme dados de uma pesquisa realizada no Ceará, a maioria da demanda nos serviços de saúde é de pessoas do sexo feminino, que está diretamente relacionada as mulheres assumirem mais a responsabilidade em procura atendimentos para seus familiares. Outro fator importante é o ciclo de vida da mulher que acaba contribuindo para essa procura, como menarca, menstruação, gravidez, parto e puerpério. Alguns determinantes de qualidades foram mais apontados como importantes, que são estes: relação médico-paciente humanizada, poder de esclarecimento do profissional, acolhimento, confiança e respeito, deixando em segundo plano aspectos técnicos dos profissionais e do serviço, e até mesmo, os referentes à organização e estrutura das unidades. Em relação as atividades desenvolvidas nas unidades, foi verificado que a maioria dos usuários aguardavam consulta médica, e 78,9% destes relataram que não foram convidados para participarem de qualquer prática educativa. Deste modo, ações de prevenção e promoção de saúde estão perdendo espaço para o modelo biomédico focado nas ações curativas. Entretanto, os principais motivos de satisfação relacionados são o bom atendimento, entendimento de escuta/acolhimento e bons profissionais (JORGE *et al*, 2007). Em outro contexto, fatores organizacionais e de atendimento estão relacionados a elevada satisfação dos usuários. Porém, no que se refere a insatisfação está ligada a falta de espaços lúdicos para crianças e acessibilidade ineficaz. Os aspectos ligados ao tempo de espera das consultas com diversos profissionais apresentaram mínima insatisfação. A elevada satisfação pode estar vinculada a vulnerabilidade e desigualdade dos utentes que possuem receio de expressarem sua insatisfação, desejos e expectativas, devido ao possível desconhecimento de seus direitos em relação ao acesso dos serviços de saúde. Com isso, é importante conhecer o perfil cultural e socioeconômico da comunidade, com atenção voltada para a opinião dos usuários com a intuito de verificar se as ações realizadas satisfazem as necessidades objetivas e subjetivas dos usuários, e se contribuem para manter ou melhorar o estado de saúde e sua qualidade de vida. Por fim, fica uma questão a ser aprofundada com pesquisas que clarifiquem se a elevada satisfação é uma questão de gratidão ou de baixas expectativas em relação aos serviços de saúde (MENDES *et al*, 2013).



Em estudo realizado na área rural de Porto Velho-RO, os resultados apontaram elevado índice de satisfação em relação à assistência oferecida pela ESF, porém estão relacionadas ao atendimento médico e não de um trabalho de em equipe, pautada no vínculo, corresponsabilidade e territorialidade. Já a insatisfação está presente no que se trata de nas ofertas de encaminhamentos para especialidades, exames de diagnósticos e saúde bucal. Outro aspecto apontado de descontentamento dos usuários é o fato das unidades de pesquisas não prestarem atendimento nos finais de semana, verificando a percepção errônea da proposta da ESF que não prevê atendimento nos finais de semana. Um fato que foi observado é a “confusão” dos usuários em relação a resolução de problemas de média e alta complexidade em unidades como ESF, solicitando respostas sobre assuntos que não são atribuições da unidade. Além disso, o estudo verificou a inexistência de participação dos utentes em atividades de puericultura e pouca participação em grupos e palestras de educação em saúde (SANTOS *et al*, 2016).

De acordo com pesquisa realizada em unidades no município de Bauru-SP, os usuários estão satisfeitos com atendimento prestado e também se notou uma presença da participação popular quanto à divisão de responsabilidade no cuidado à saúde da população. Entretanto, há relatos de queixas referentes à demora no referenciamento para média e alta complexidade. Foi observado notado a presença do controle social por parte dos usuários em relação a rotatividade dos profissionais médicos por conta da relação médico-paciente. Tal aspecto é importante visto que a participação social é um dos princípios do SUS, possibilitando que a população se manifeste e participe da organização, gestão e controle das ações desenvolvidas nos serviços de saúde (ARAKAWA *et al*, 2012).

Contudo, conhecer a percepção de quem está sendo assistido, nos permiti refletirmos se as ações e procedimentos que julgamos ser mais adequados para determinada pessoa, impacta realmente em sua vida, de maneira que reflita na promoção de sua saúde. Pois não cabe aos profissionais de saúde julgarem as atitudes dos usuários e sim ouvi-los e conhecer qual sua visão dos fatos, fazendo com que os usuários participem mais com o cuidado de sua saúde e decisões da unidade.

## **2- METODOLOGIA**

Conforme citação CERVO (2007, p. 32), de uma maneira geral método é a ordem que se deve instituir os distintos processos necessário para alcançar um objetivo ou resultado almejado. Na ciência, o método consiste no conjunto de processos aplicados em uma investigação e na exibição da verdade. Como citado em PRODANOV (2013, p.14): “a Metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade.”

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva, realizada em uma unidade de estratégia de saúde da família no município de Santa Cruz do Sul (RS).

No que se trata de pesquisa do tipo quantitativa, considera-se o que pode ser quantificável, o que consiste traduzir em dados ou números, opiniões e informações para organizá-las e avaliá-las. Esta forma de abordagem é feita em vários tipos de pesquisa, geralmente quando se procura a relação causa-efeito entre acontecimentos e também pela facilidade de descrever a diversidade de determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos executados por diferentes grupos sociais. Com isso, contribuir para mudança e criação ou formação de opiniões de grupos, bem como aprofundar mais a interpretação de fatores comportamentais ou de atitudes dos indivíduos (PRODANOV, 2013).

O objetivo das pesquisas com cunho exploratório se concentra em desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, para a construção de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008). De acordo com este autor, este tipo de pesquisa demanda menor firmeza no planejamento, sendo constituída geralmente por um levantamento bibliográfico e documental, entrevistas e análise de dados. Dessa forma, as pesquisas exploratórias são realizadas com o objetivo de permitir uma visão mais ampla, do tipo aproximada em relação a determinado fato. Este tipo de pesquisa é desenvolvido geralmente quando o tema escolhido é pouco explorado, tornando-se mais difícil formular hipóteses precisas e executáveis.

A ciência não se mantém apenas com a observação dos fatos, sendo necessário para construir o conhecimento a descrição e replicação dos dados para validação científica de qualquer experimento. Portanto, se faz necessário que os resultados da observação sejam registrados, procedimento que consiste na técnica científica da descrição. Esta técnica faz parte da habilidade de fazer com que outra pessoa deslumbre mentalmente o que foi observado pelo pesquisador. Bem como descrever metodologicamente os passos dados no desenvolvimento da pesquisa. (CERVO, 2007).

Conforme FERREIRA (2011, pg 17), o estudo descritivo: “tem como propósito caracterizar a população por meio, basicamente, da descrição das variáveis em estudo, sem se preocupar em estabelecer relações entre estas.”

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em uma unidade de estratégia de saúde da família do município de Santa Cruz do Sul, localizada na região do Vale do Rio Pardo, pertencente a região de saúde número 28, à 155 km da capital Porto Alegre - RS. Atualmente, é responsável pela quinta maior economia do estado, com aproximadamente 127.429 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2017, com território de 733,409km<sup>2</sup> conforme IBGE/2017, sendo que 90,3% possui esgotamento sanitário adequado (IBGE/2017), dividida em 36 bairros e com 637,53 km<sup>2</sup> de área rural. Este município possui uma grande zona industrial, sendo polo mundial do cultivo e processamento de fumo, assim como outras empresas de grande porte como MOR, EXCELSIOR, MERCUR, XALINGO que são geradoras de emprego e renda para a população deste município. Cidade com 139 anos de história foi colonizada por imigrantes alemães, agricultores e artesãos. Possui uma festa anual chamada de “oktoberfest” onde ocorre muitas atividades, shows e feiras com intuito de prover a cultura e colonização do povo alemão. Em relação aos serviços de saúde possui três hospitais possuindo algumas especialidades como referência para região. O Hospital Santa Cruz é referência para cirurgia cardíaca, gestação de risco e traumatologia de alta complexidade. Já o Hospital Ana Nery é referência de Alta Complexidade para tratamento Oncológico. O Hospital Monte Alverne é referência em Otorrinolaringologista. A rede de básica de Santa Cruz do Sul é constituída de 22 Estratégias de Saúde da Família e nove Unidades Básicas de saúde. Além de contar com a rede de serviços especializados como, Centro Materno Infantil (Cemai), Centro Municipal de Atendimento à Saúde / Serviço de Assistência Especializada / Centro de Testagem e Aconselhamento - Cemas/SAE/CTA, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial da

Infância e Adolescência – CAPSIA, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPS AD III, Farmácia Central, Central de Marcação / Cartão SUS, Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador – Umrest, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales - Cerest/Vales e Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Bem como os serviços de apoio à atenção básica, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs), Hospitalzinho e o SAMU (SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

A pesquisa foi realizada em uma unidade do município, onde seus profissionais demonstraram grande interesse nessa temática, podendo desenvolver várias estratégias em saúde baseadas nos resultados da pesquisa. Devido ao fato do pesquisador atuar na rede básica de saúde do município com técnico em enfermagem, sua identidade não foi divulgada durante a coleta de dados para não haver influência nos resultados. Assim como, para fins do anonimato, a unidade será denominada como ESF 01.

A ESF 01 possui 2.500 mil pacientes cadastrados distribuídos em 915 famílias, sendo sete micros – áreas, porém uma está descoberta por uma agente comunitária de saúde. A equipe é composta por um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, um recepcionista, um médico clínico, seis agentes comunitárias de saúde, um dentista e um auxiliar odontológico. Conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com profissionais como, Psicóloga, Nutricionista, Farmacêutica, Assistente Social, Fonoaudióloga, Educadora Física e Fisioterapeuta. Em sua área adstrita possui duas escolas de ensino fundamental onde são realizadas atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE).

### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram usuários da unidade.

O tamanho da amostra foi definido em 234 participantes, baseado na fórmula para o cálculo de amostra para populações finitas, quando não supera os 100.000 elementos de uma pesquisa (GIL pg. 97, 2008). Entretanto, devido não aceitação dos usuários e questionários preenchidos de maneira errada a amostra do trabalho ficou em 174 participantes efetivos.

Os critérios de inclusão para pesquisa foram: o usuário estar cadastrado na unidade e residir no bairro no mínimo um ano, ser maior de 18 anos, alfabetizado e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

### **3.4 Instrumento de coleta de dados**

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário, que conforme GIL (2008 pg 122): “é um conjunto de questões que são submetidas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamentos presente ou passado...”. Na maioria das vezes os questionários são por escrito e entregue aos participantes da pesquisa, sendo conceituado neste caso de questionários auto aplicados. Porém, quando as questões são formuladas oralmente pelo aplicador, pode ser classificado com como um questionário aplicado com entrevista ou formulário (GIL, 2008). Nesta pesquisa o questionário auto aplicado foi utilizado para evitar o constrangimento dos respondentes visando um melhor resultado da pesquisa.

O questionário utilizado foi baseado e adaptado do questionário do terceiro módulo do PMAQ que se intitula de “Pesquisa de satisfação do usuário da Atenção Básica no Brasil” (APÊNDICE B), presente no documento do ano de 2017 chamado de Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Bem como, ao final possuía uma questão aberta onde os participantes podiam expressar suas opiniões livremente sendo facultativo o preenchimento.

Conforme prevê a CNS 466/12, as respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas e serão armazenadas pelo período de cinco anos, garantido respaldo legal ao pesquisador.

Os participantes receberam um questionário em suas casas através das agentes comunitárias de saúde (ACS), que foram previamente capacitadas através de uma reunião na unidade, autorizada pelo enfermeiro coordenador, onde foram expostos o conteúdo e os objetivos da pesquisa, juntamente com o TCLE e o questionário. Foi acertado com as ACS que não fosse divulgada a identidade do pesquisador, pelo fato do mesmo ser funcionário da rede básica. Após ficou estipulado um prazo de no máximo 30 dias onde as ACS passaram nas casas para recolher os questionários que foram colocando-os em uma urna para garantir o anonimato dos participantes.

### **3.5 Procedimentos éticos**

1ª etapa: a pesquisa foi autorizada pela coordenadora da atenção básica do município de Santa Cruz do Sul conforme carta de aceita assinada pela responsável e encontra-se em anexo; (ANEXO A e B)

2ª etapa: o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC (CEP), segundo número do parecer: 2.515.138, parecer em anexo; (ANEXO C)

3ª etapa: foi mantido o anonimato dos sujeitos conforme resolução 466/12;

4ª etapa: foi realizada uma reunião com o enfermeiro da unidade para apresentar o trabalho e solicitar a autorização para realizar a pesquisa. Os sujeitos participantes receberam um questionário em suas casas através das agentes comunitárias de saúde (ACS), que foram previamente capacitadas.

5ª etapa: o termo (TCLE) foi assinado em duas vias por ambas partes, sendo que cada um ficou com uma cópia do termo assinado, que será armazenado por um período de cinco anos.

6ª etapa: todos os participantes foram comunicados que qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento acerca dos procedimentos ou assuntos relacionados com a pesquisa, seriam sanados, bem como teriam total liberdade de deixar de participar da pesquisa sem prejuízo à continuação do seu tratamento na unidade. Foram assegurados de que não teriam suas identidades reveladas na divulgação dos resultados e que as informações obtidas na pesquisa seriam utilizadas apenas para fins científicos.

#### 4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados foram apresentados em números relativos e absolutos, conforme (GIL 2008). Os absolutos foram colhidos diretamente da fonte, sem qualquer tipo de manipulação, somente contagem. Entretanto, os relativos expressos na forma de porcentagens. Os dados foram trabalhados com a tabulação eletrônica no programa Excel. O questionário foi dividido em sete categorias afim de facilitar sua descrição e discussão, os dados serão apresentados descritos no texto a seguir. Em relação aos dados de identificação serão expostos em forma de tabelas com porcentagens de suas respectivas variáveis.

**Tabela 01 Identificação do usuário:**

Sexo	Masculino	36%
	<b>Feminino</b>	<b>64%</b>
Idade	<b>Mais de 29 anos</b>	<b>58%</b>
	Mais de 59 anos	22%
Estado Civil	Solteiro (a)	17%
	<b>Casado (a) união estável</b>	<b>70%</b>
Qual a cor de pele	<b>Branca</b>	<b>83%</b>
Raça	Parda/mestiça	10%
	Não informado	1%
Religião	<b>Católico</b>	<b>74%</b>
	Evangélico	17%
Escolaridade	<b>Ensino fundamental incompleto</b>	<b>32%</b>
	Ensino médio completo	31%
Renda familiar	600 a 1.000 reais	28%
	<b>1.000 a 3.000 reais</b>	<b>54%</b>
Quanto tempo mora no bairro?	01 anos	5%
	02 a 04 anos	15%
	<b>05 anos ou mais</b>	<b>80%</b>
Quantas pessoas, contando com você, moram na casa?	Moro sozinho	6%
	<b>02 a 05 pessoas</b>	<b>86%</b>
	6 a 8 pessoas	8%
	Acima de 08 pessoas	0%
Micro área	01	15%
	<b>02</b>	<b>19%</b>
	04	14%
	05	10%
	06	12%
	07	18%
	24	12%

Fonte: Dados da pesquisa de 2018.

No aspecto sexo dos participantes houve um predomínio das mulheres, que segundo os dados de um trabalho realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atua uma equipe de estratégia de saúde da família ao Norte do Estado de Minas Gerais foi constatado a predominância de mulheres que procuram atendimento na unidade, demonstrando a importância delas como usuárias e cuidadoras de suas famílias. Por outro lado, os homens possuem menor participação devido a faixa etária produtiva e ou pela não priorização dos cuidados com a saúde. Além disso, o perfil da comunidade, assim como suas características deve ser consideradas pela equipe durante as suas atividades. Os dados evidenciam uma evidenciam a predominância de uma boa percepção quanto à qualidade dos serviços prestados (LIMA *et al*, 2014).

Cabe ressaltar que sobre a questão religiosidade 74% dos participantes referem ser católicos. Entretanto, segundo (KING e KOENIG 2009), se faz necessária uma definição mais clara sobre espiritualidade, pois até a virada do século dezanove, religião e espiritualidade eram considerados como uma coisa só. A partir do século vinte foi se definindo gradativamente uma diferença entre elas, religião passou a ser entendida como uma prática institucionalizada com um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhados por uma comunidade. Já a espiritualidade, por sua vez, pode ser entendida como uma busca pessoal por significado e sentido maior no existir e sua relação com o sagrado, podendo estar vinculada ou não com uma religião específica ou formalizada.

Em relação ao nível de escolaridade que 32% relataram que possuem ensino fundamental incompleto, conforme (PERLOW, 2010), a acessibilidade é a capacidade para obter algo, neste caso acesso à saúde, definindo-o como o nível no qual os usuários têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde e serviços necessários para realizar ação em saúde. Com isso, o nível educacional, que é denominado como letramento em saúde, determina a sua capacidade de entender as suas próprias necessidades em saúde consequentemente procurar pelo cuidado, bem como tomar decisões em relação à sua saúde e bem-estar. Baixo nível de escolaridade tem sido relacionado a resultados adversos na saúde, incluindo hospitalizações, doenças crônicas e a elevação dos custos em saúde. Contudo, em estudo realizado no Nordeste em 2011 aponta que somente 10% das pessoas atendidas possuíam o ensino médio completo ou superior, sendo que um quarto das pessoas eram analfabetos, identificando o perfil da situação socioeconômica da população que acessa os serviços da rede básica caracteriza as diferenças de contexto entre o sul e o nordeste do país (TOMASI *et al* 2011). Porém, em um estudo realizado no



Norte do Estado de Minas Gerais, em uma UBS foi constatado que quanto maior o grau de escolaridade, menor foi a satisfação em relação ao conhecimento dos profissionais da unidade. Este tipo de pesquisa revela valiosas informações para os gestores e equipes de saúde, possibilitando o conhecimento da percepção dos usuários quanto as ações de saúde ofertadas e proporciona o aperfeiçoamento da gestão e da vivência da ESF para melhor atender à demanda da comunidade e do SUS (LIMA *et al*, 2014).

No que se refere fator idade houve uma prevalência nos participantes com mais de 29 anos, bem como os que se consideram de cor branca, casados, com renda familiar de 1.000 a 3000 reais. Assim como a maioria dos participantes mora no bairro cinco anos ou mais, com duas a cinco pessoas residindo na mesma casa. Por fim, entre as micro áreas houve um predomínio da área número dois.

#### **4.1 Acesso**

Em relação ao acesso dos usuários, 55% dos participantes responderam que levam até 15 minutos de suas casas até a unidade, já 72% afirmam que o horário atende suas necessidades. Sobre a questão de conseguir agendar consulta em qualquer momento de funcionamento da unidade, 46% confirmam esta informação. A respeito do acesso a procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia, curativos e vacinação em qualquer horário da unidade, 81% possuem este tipo de acesso, e 50% dos utentes conseguem buscar ou mostrar resultados de exames mesmo quando não tinham consulta agendada.

O conceito de acesso pode modificar-se com passar dos anos, conforme a evolução da sociedade e suas necessidades e demandas. Presentemente, a discussão em relação ao acesso à saúde é cada vez mais discutida em termos legais, de equidade e igualdade. O crescimento inevitável dos custos com a saúde em devido a inclusão de novas tecnologias tem colaborado para provocar novas discussões sobre o assunto. Vários pesquisadores consentem, entretanto, o acesso à saúde é um conceito multifatorial, composto por aspectos financeiros e não financeiros (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Em relação a acessibilidade e acesso, existe uma diferença, segundo (STARFIELD 2002), acessibilidade está relacionada com a possibilidade de os usuários chegarem ao serviço e o acesso seria de qual forma será permitido este acesso para uso dos usuários de maneira a atender as necessidades do usuário. Em estudo da revista Saúde Debate de 2014 em

uma metrópole do Brasil os usuários caracterizam o acesso ao serviço da atenção básica como burocratizado e demorado, atribuem isso a falta de médicos e rotatividade dos mesmos. Em relação ao acolhimento que serve como espaço para escuta qualificada e orientações em saúde, os utentes criticam por avaliarem que conste em uma ferramenta dificultar o acesso ao profissional médico. Desta forma, os usuários com esta visão distorcida e aliada à impressão pessoal de que seus problemas são urgentes e que ele não conseguir alguma solução na unidade básica, acaba preferindo buscar atendimento nos hospitais e prontos-socorros, que deveriam dedicar-se ao atendimento de urgências e emergências (CAMPOS *et al* 2014).

#### **4.2 Atendimento**

No que se trata de atendimento 90% dos participantes responderam que o horário de funcionamento da unidade é informado, da mesma forma que 92% confirmaram que a unidade funciona cinco dias da semana nos turnos da manhã e tarde. Entretanto, 32% referem não ter sugestões para facilitar seu atendimento, pois estão satisfeitos com o horário. Com relação a qual o primeiro serviço que eles procuram quando precisam de atendimento de saúde 54% buscam atendimento na ESF, porém 78% quando consegue marcar consulta não é para o mesmo dia. Contudo, 75 % dos utentes conseguem serem escutados mesmo sem ter hora marcada.

Conforme estudo realizado no município de Bauru, Estado de São Paulo em 2012, a implantação das ESFs favoreceu consideravelmente para a satisfação dos usuários em relação aos atendimentos e programas governamentais como, saúde da mulher, saúde da criança entre outros preconizados pelo Ministério da Saúde. Deste modo, a satisfação dos usuários é um dos elementos mais importantes a ser alcançada, mensurar a satisfação é um instrumento importante para a administração e planejamento além de desenvolver um importante papel entre os profissionais que prestam os serviços e a população usuária, pois repercute no parecer sobre a qualidade dos cuidados prestados (ARAKAWA *et al* 2012).

A organização da rede de saúde se base na capacidade dos serviços de saúde em conseguir oferecer respostas objetivas em relação as demandas dos usuários. Para isso, é fundamental fortalecer as portas de entradas na baixa complexidade, estabelecendo fluxos de atendimentos organizados a partir das queixas de saúde, sanitária e social dos indivíduos. Com isso, fazer uso de dispositivos de integralidade da atenção como acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e

usuário. O acolhimento é caracterizado como a maneira de compreender e ato de receber e ouvir a população que busca os serviços de saúde, oferecendo respostas apropriadas a cada demanda em todo o trajeto de busca, desde a recepção e o atendimento até seu encaminhamento externo, retorno, remarcação e a alta (ASSIS e JESUS, 2012).

### **4.3 Urgências**

Em casos de necessidade de atendimento de urgência 66% procuram a unidade, entretanto, 28% não procuraram e destes 57% devido a ESF estar fechada no momento que precisou.

O atendimento de urgência e emergência engloba ações que devem ser feitas em toda a rede de atenção à saúde, entre elas as unidades básicas. Dentre as ações são envolvidos fatores organizacionais da equipe e o processo de trabalho assim como aspectos resolutivos e de condutas em relação a demanda espontânea. Reforça-se que o atendimento de urgências e o acolhimento à demanda espontânea na unidades se difere de um atendimento em pronto-socorro (Hospitais e UPAs), pois a unidade básica possui um conhecimento prévio da população, bem como registros anteriores em prontuário em relação à queixa aguda, possibilitando um olhar mais amplo e um acompanhamento do quadro com a mesma equipe de saúde estabelecendo um vínculo, o que caracteriza a prosseguimento do cuidado, e não somente mais um atendimento de urgência. Portanto, torna-se necessário a reflexão sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde na rede básica e seus possíveis fatores facilitadores e dificultadores a entrada dos indivíduos no sistema de saúde, como filas para o atendimento, senhas, atendimentos por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidade, bem como o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde (BRASIL, 2012).

Em uma pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte no Estado de Minas Gerais em 2013, as unidades básicas foram a primeira opção de atendimento de saúde cerca de 90,2% s, em relação aos motivos da procura pelo serviço, predomina a proximidade da residência, ser cadastrado no local ou por referência de outro serviço, neste caso as UPAs. Os usuários geralmente buscam as emergências quando consideram que seu problema de saúde é grave ou quando acredita que a unidade básica não irá resolver suas demandas. Entretanto, os motivos principais que levam os utentes a procurarem as unidades básicas são principalmente a busca por consulta médicas e exames de rotina. No caso deste estudo, existe a necessidade do aperfeiçoamento das relações entre

os níveis de atenção à saúde do SUS para evitar duplicidade das ações na busca da equidade nos serviços (PIRES *et al* 2013).

#### **4.4 Qualidade nas consultas e tempo de espera**

A espera para ser atendido ao chegar na unidade em 49% foi de 15 a 30 minutos, sendo que 66% considera o atendimento “bom”. A respeito da espera nas consultas agendadas 62% afirmaram que aguardam de 15 a 30 minutos. No caso das medicações 50% responderam que adquirem em outro lugar de forma gratuita. Já em relação as orientações que os profissionais dão para os utentes 59% responderam que sempre atendem suas necessidades.

O termo qualidade está sendo utilizado por vários pesquisadores em diferentes percepções trazendo como viés em comum identificar fatores que promovam o desenvolvimento na gestão institucional. Conforme a organização da gestão da qualidade fica aparente os benefícios que são gerados para os usuários, para isto ser efetivo as instituições devem dispor de processos estruturados para prepararem os profissionais, por meio de capacitações e desenvolvimento contínuos, humanização no tratamento dos usuários e revisão das competências técnicas (BONATO, 2011). O PMAQ serve como instrumento importante do MS para avaliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nas variáveis contextos presentes no Brasil. Desta forma, avaliando os serviços nas diferentes perspectivas, sendo aplicado instrumentos de pesquisa com os usuários e profissionais da saúde, objetivando a evolução nos processos de trabalho no que se trata de assistência à saúde de qualidade (BRASIL, 2017). Segundo pesquisa do PMAQ em 2013 69% dos 57 mil usuários ouvidos pelo programa avaliaram o cuidado prestado pelas equipes de atenção básica como bom ou muito bom e 86% deles recomendariam a UBS a um amigo ou familiar. Cada equipe da atenção básica recebe cerca de 10 mil reais por mês do Governo Federal, após a avaliação do PMAQ o valor repassado varia dependendo do desempenho da unidade, as equipes que ficaram muito acima da média receberam 11 mil reais a mais, os acima da média receberam 6 mil e 600 reais a mais e equipes medianas ou abaixo da média receberam 2 mil e 200 reais. Sendo assim um bom incentivo para as prefeituras dos municípios pensando em repasses de verbais federais para investimentos em programas e políticas públicas (BRASIL, 2013).

No que se trata em tempo de espera, o fato de grande parte dos participantes não esperarem mais de 30 minutos para ser atendidos nas consultas agendadas nem sempre será sinônimo de qualidade, pois o mesmo pode aguardar mais de uma hora e ser atendido ou aguardar 15 minutos e ser muito mau atendido. A questão que a ser avaliada foi quanto ao cumprimento de horários.

#### **4.5 Vínculo**

Sobre o vínculo 34% responderam que na maioria das vezes os profissionais de saúde questionam além de suas queixas, como sobre alimentação, exercícios físicos, lazer, problemas com álcool, drogas e violência. Da mesma forma, que 34% na maioria das vezes são atendidos pelo mesmo médico. Para tirar dúvidas após as consultas com os profissionais que atendem, 35% responderam que sempre conseguem falar com os profissionais.

O vínculo é entendido como um instrumento que gerencia as trocas de conhecimentos entre profissionais e usuários, o científico e o popular, questões objetivas que são verificadas de maneira técnica pelos profissionais e aspectos subjetivos de cada indivíduo convergindo na hora da realização de condutas terapêuticas (ASSIS e JESUS, 2012). A construção do vínculo entre profissional de saúde e usuário possibilita a construção de uma prática que objetive a melhoria da qualidade da atenção à saúde. O vínculo consiste em uma relação pessoal próxima, e estabelecida entre o usuário e o profissional de saúde, possibilitando que os vínculos construídos se intensifiquem e ambos se conheçam cada vez mais, sendo fator facilitador para a cuidado continuado evitando consulta e internações desnecessárias (STARFIELD 2002). Para que seja alcançado este tipo de nível de relação requer muita cooperação mútua entre os integrantes da família, da comunidade e os profissionais da saúde. Além de que, isto permite uma proximidade efetiva de modo a estabelecer relações de escuta, diálogo e respeito (ARCÊNCIO *et al*, 2008). Contudo, esta relação não pode gerar uma dependência patológica com o profissional da saúde, podendo causar danos para ambos, uma vez que o vínculo construído entre eles tem como objetivo principal motivar o usuário ao autocuidado disponibilizando autonomia e intensificando suas ações em saúde (STARFIELD 2002). A questão do profissional se identificar e gostar da profissão tem repercussão em relação ao vínculo fazendo com que o colaborador assuma uma postura de cuidado que expresse uma atitude de compreensão, empatia e responsabilidade pela vida e morte de quem presta assistência. Entretanto, o não gostar da profissão que justificara a postura de distanciamento

entre usuários e profissionais, sendo exposto pela falta de gosto pela profissão que escolheu exercer, sendo um limitador da afetividade e por consequência do vínculo (BARBOSA e BOSI, 2017).

Em relação ao vínculo foi interpretado o fato dos profissionais se interessarem em questões mais pessoais dos pacientes e não apenas questionamentos de saúde, constatando a presença de vínculo entre usuários e profissionais.

#### **4.6 Atividades Coletivas**

A respeito de participação de atividades de saúde em grupos ofertados pela unidade 76% não participam, sendo que 56% destes relataram que isto é devido ao horário incompatível que as atividades são realizadas.

O conceito de grupo, ao longo da história da humanidade, refere-se ao propósito de união dos esforços para compreensão da vida coletiva e transformá-la mais efetiva. Em geral, este conceito remete à ideia de reunião de pessoas com o objetivo de realizar uma tarefa para o bem comum de todos, que possuem uma relação psicológica entre si, formando uma identidade resultante da interação de ambas partes, sendo estas partes, os usuários e os profissionais, tratando-se de saúde coletiva (CARDOSO *et al*, 2013).

As políticas públicas de saúde, no Brasil, são estruturadas em práticas em rede direcionadas para promoção da saúde, apoiadas em ações educativas que consigam influenciar no processo saúde-doença dos usuários aumentando o controle social em busca da qualidade de vida. De acordo com o Ministério da Saúde, o processo de construção do conhecimento, se baseia em ações que proporcionem cidadania, estimule o autocuidado dos indivíduos, grupos e comunidades. Para esse fim, as práticas educativas em saúde devem ter um viés mais participativo e criativo, aproximando os usuários e profissionais da saúde em busca do conhecimento comum (BRASIL, 2011).

Segundo (MASCARENHAS, 2012), a ESF possui a educação como uma das principais atribuições, desenvolvendo ações educativas grupais, que contribuem no processo saúde-doença da população formando uma consciência crítica das pessoas a respeito do meio social onde vivem e suas vulnerabilidades, além do compartilhamento de saberes em busca de ações coletivas visando a mudança de conceitos de saúde. Porém, de acordo com (ALVES, 2011), por vezes as ações realizadas não procedem desta maneira, por concentrarem apenas na transmissão de informações,

de uma forma tradicional e formal, sem conseguir alcançar o principal objetivo que seria desenvolver a autonomia dos usuários.

Nesta categoria se verifica a necessidade da unidade realizar atividades em horários alternativos, pois se verifica que há interesse da população nas atividades coletivas, porém grande parte relata que o horário é incompatível.

#### **4.7 Mecanismos de participação e interação dos usuários**

Com relação a fazer reclamações ou sugestões a unidade 43% relata nunca ter precisado. Já 28% desconhece se deve receber um retorno se fizer uma reclamação. Os usuários que costumam expor suas sugestões ou reclamações o fazem diretamente com a equipe representando 48% dos participantes. A ouvidoria do município é de conhecimento de 68% dos participantes, contudo 53% desconhece a existência de um conselho local de saúde ou espaço de participação social. No aspecto dos usuários serem convidados pelos profissionais sobre o funcionamento e organização da unidade 52% responderam que não recebem este tipo de convite havendo pouca participação nas decisões internas da unidade.

Um dos princípios do SUS é a participação popular, através de várias ações de diferentes forças sociais com o objetivo de incentivar os projetos, execuções, fiscalizações e avaliações das políticas públicas e serviços básicos na área social, fortalecendo o campo da promoção de saúde. Esta participação é de grande importância política e social, visto que propicia a introdução popular no processo de formulação e controle de política públicas de saúde, representando assim a grande responsabilidade destinada à sociedade para promover benefícios à qualidade de vida da comunidade (ROLIM *et al*, 2013).

O conselho local de saúde tem como função, além do controle social, ser um dos pilares de fortalecimento da atenção básica à saúde idealizado pelas ESF, este ideal baseia-se na percepção que os usuários dos serviços de saúde têm maior autenticidade para fiscalizar e acompanhar os serviços, conseguindo participar das decisões de processos de trabalho das equipes (QUANDT *et al* 2013). A população com maior participação promove que os conselhos locais não sejam mais apenas espaços burocráticos de autentificação das políticas públicas de saúde, mas possibilitem o compartilhamento da gestão, por meio da discussão, incentivando o conhecimento de saúde como um direito do cidadão. Com isso, para uma efetiva participação popular se faz necessário o total

exercício da cidadania e o desejo da gestão em propiciar espaços que se possa questionar as decisões estabelecidas, assim possibilitando uma relação mais próxima e de confiança de quem utiliza o serviço, o usuário e os gestores que organizam os serviços que serão prestados (CRUZ *et al* 2012).

Por fim, os participantes deste estudo puderam descrever suas opiniões quanto a qualificação da unidade de saúde em relação ao atendimento. Dos 174 participantes, 80(46%) descreveram algumas sugestões, tais como:

A inclusão de novos horários para o atendimento foi relatada por 16 (18%) participantes da pesquisa. Exemplo: “*Funcionar a noite para os trabalhadores*”.

Em relação as Agentes de saúde entregarem receitas e documento no domicílio três (4%) referiram tal interesse. Exemplo: “*Queria que os agentes levassem nossas receitas*”.

A falta de recurso humanos foi referida por 15 (17%) participantes. Exemplo: “*Seria ideal que tivesse uma pessoa especifica para o atendimento ao paciente e outra que fizesse outros atendimento geral em geral(...)*”

A questão de retirada de cachorros da área externa da unidade foi relatada por três (4%) dos usuários. Exemplo: “*Que fosse proibida a entrada de cachorro no posto(...) isso gera pulga, cachorradas disputando lugar com os pacientes, um absurdo lá não é lugar para cachorros*”.

Melhoria na infraestrutura foi citada por dois (2%) dos participantes. Exemplo: “*Um posto no bairro carlota*”.

A insatisfação com o atendimento foi referida por 31 (35%) dos usuários. Exemplo: “*Gostaria que o agendamento fosse feito por telefone, pois moramos longe do posto*”.

A satisfação total do usuário foi expressa por 16 (18%) dos participantes. Exemplo: “*(...)o atendimento está muito bom não tenho queixas nem reclamações(...) tudo que preciso na parte de atendimento da saúde consigo resolver na unidade*”.

Em relação com a troca de médicos da unidade dois (2%) relataram. Exemplo: “*Para melhor o atendimento gostaria que o médico não fosse trocado de unidade(...)*”.



A avaliação e sugestões dos usuários fazem parte de ferramentas de relações interpessoais no que se trata de serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. Com isso, ao longo do tempo os usuários foram ganhando espaço nesse processo de avaliação, aumentando seus direitos como cidadãos e envolvendo-os na produção de seu cuidado com a saúde, podendo influenciar no modo da oferta dos serviços e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade. Conseqüentemente, a obtenção de uma interação entre o serviço de saúde e os usuários pode contribuir para solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção e da gestão (BRANDÃO, 2013).

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar e pesquisar sobre a percepção dos usuários quanto as ações de saúde de um serviço é um desafio, porque cada pessoa possui uma visão dos fatos que ocorrem ao seu redor, podendo ter várias interpretações de uma mesma situação. Na discussão desta temática no que se trata de percepção e avaliação da qualidade do acesso e utilização de serviços são hoje em dia uma importante ferramenta na gestão pública, possibilitando verificar se os serviços estão sendo efetivos em suas ações de saúde, colocando em pauta não apenas ações curativas, e sim práticas preventivas visando o bem-estar humano.

Neste estudo os usuários, de maneira geral, estão satisfeitos com os serviços prestados, sendo que grande parte dos participantes classificam o atendimento como “bom”, porém se demonstram insatisfeitos com algumas demandas não atendidas, como agendamento de consulta por telefone, sendo esta situação normal pois em um universo de 2500 pessoas teria alguma demanda não atendida. Entretanto, fica evidente que a participação social é prejudicada pelo fato de mais da metade dos usuários desconhecem se na comunidade há um conselho local de saúde, onde as pessoas possam expor suas ideias e sugestões participando nas decisões da unidade no que se trata de saúde da comunidade.

Considerando os resultados, observou-se que os usuários envolvidos com a ESF, reconhecem a importância e os efeitos positivos das ações de saúde em suas famílias, e da comunidade, na prevenção de doenças, comorbidades e controle social. Bem como, práticas de educação em saúde através de grupos, porém houve uma prevalência entre os usuários que relataram não participarem das atividades devido a incompatibilidade de horários, cabendo ao enfermeiro e sua equipe realizar prática coletivas de educação em horários alternativos para atingir uma grande parte da população, que demonstra interesse nessas ações.

Em relação ao serviço de ouvidoria do município, apesar de boa parte dos participantes relataram ter conhecimento, prevaleceu a preferência por expor suas insatisfações e sugestões diretamente com os profissionais da equipe, constatando uma relação próxima de vínculo da unidade com a população. Embora o questionário tenha sido autoaplicável, o mesmo apresentava uma questão aberta descritiva onde 80 participantes, 46% da amostra, demonstraram suas sugestões, elogios e insatisfações. Com isso, constatando que se é oferecido o espaço para que os usuários consigam expor seus sentimentos em relação as ações que estão sendo desenvolvidas,

fazendo com a população faça parte das decisões e processos de trabalho em busca de um atendimento de qualidade visando o bem comum da comunidade.

Uma das limitações do estudo foi o fato da amostra ser grande tomando um bom tempo para organização e análise dos dados, bem como a falta de adesão à pesquisa de alguns usuários temendo que algo os prejudicasse, foi relatada pelas agentes de saúde no momento da entrega dos questionários, mesmo depois que as mesmas explicavam os objetivos do estudo. Porém, mesmo com algumas dificuldades, este estudo trouxe vários resultados relevantes, dando margem para novas pesquisas e discussões baseados em seus resultados, servindo como parâmetro para gestão municipal, tendo em vista não haver muitos estudos publicados nesta área em Santa Cruz do Sul. Os dados e resultados desta pesquisa serão repassados para secretaria de saúde do município para que possam ser analisados e trabalhados com objetivo de avaliar e melhorar a assistência da população.

Contudo, para o profissional enfermeiro é de grande valia saber mais a respeito da satisfação dos usuários e verificar como ele percebe e entende a proposta da unidade de saúde. No papel de gestor, o enfermeiro com este conhecimento pode traçar estratégias baseados na percepção dos usuários, discutindo sobre como atender melhor suas demandas com foco na resolutividade e efetividade das ações, evitando a duplicidade das ações na rede de atenção básica, onde os utentes passam pelos serviços buscando algum profissional para resolver seus problemas. Com isso, fortalecendo a porta de entrada do SUS que é a unidade básica, através do acolhimento e da construção de um bom vínculo entre as partes interessadas, usuários e profissionais, buscando o bem estar e a saúde da comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ALVES G.G, AERTS D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família.** *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-25;
- ARAKAWA, A. M. *et al.* **Percepção dos Usuários do SUS: Expectativa e Satisfação do Atendimento na Estratégia de Saúde da Família.** Ver. CEFAC, 2011, São Paulo;
- ARCÊNCIO R.A, OLIVEIRA M.F, CARDOSO-GONZALES R.I, RUFFINO-NETTO A, PINTO IC, VILLA TC. **City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil**, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(5):527-31;
- ASSIS, M. M., JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875. 2012;
- BARBOSA, M.I.S, BOSI, M.L.M. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27(4): 1003-1022, 2017;
- BONATO, Vera Lucia. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente.** *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011;35(5): 319-331;
- BRANDÃO, G. L, CAMPOS CEA. **Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros.** *Cien. Saúde Colet* 2013, 18(1):103-114;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Brasília; 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);
- 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, 2012.290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde /** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013;
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Satisfação dos usuários da atenção básica.** Brasília: 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos\\_ab\\_voll1](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_voll1);
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional.** Disponível em : <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=110020>. Acesso em: ago. 2017;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Caderno de Atenção Básica; n.27);
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3252 de 22 de dezembro.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília DF, 22 dez. 2009;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ.** Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php). Acesso em ago. 2017;

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada)**. Brasília – DF 2017.
- CAMPOS, R.T.O. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária da uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V. 38. N ESPECIAL. P. 252-264. OUT 2014;
- CARDOSO, L.S *et al.* **Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados**. Rev Bras Enferm. 2013 nov-dez; 66(6): 928-34;
- CERVO, A.L. BERVIAN, P. A. SILVA, R.. – 6. Ed. – São Paulo: **Pearson Prentice Hall**, 2007;
- CORDOBA, E. SUS e ESF- **Sistema único de saúde e estratégia saúde da família**. São Paulo: Rideel, 2013;
- CRUZ P.J.S.C, VIEIRA S.C.R, MASSA N.M, ARAÚJO T.A.M, VASCONCELOS A.C.C.P. **Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB**. Saúde Soc.2012; 21(4):1087-100;
- FAUSTO, C. R. *et al.* **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**. Rio de Janeiro, V. 38, N. ESPECIAL, P. 13-33, Out 2014;
- FERREIRA, H.S, FREITAS, E. C. **Redação de trabalhos acadêmicos nas áreas das ciências biológicas e da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011;
- JORGE, M. S. B. *et al.* **Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: A satisfação dos usuários**. Revista Baiana de Saúde Pública. V. 31, n.2, p. 256-266 jul./dez. 2007;
- KING MB, KOENIG HG. **Conceptualising spirituality form medical research and health service provision**. BMC Health Serv Res. 2009 9:116;
- LIMA, C.A. *et al.* **Avaliação dos serviços da unidade básica de saúde perspectiva do usuário**. J Health Sci inst. 2014; 32(2): 159-63;
- LIMA C.A, *et al.* **Relação profissional – usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista**. Ver Bioét. 2014;22(1): 152-60;
- MARCONI, M.A. LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. – 7. ED. – São Paulo: Atlas, 2008;
- MARQUES, G.Q. LIMA, M.A.D.S. **Demanda de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007;
- MASCARENHAS N.B, MELO C., FAGUNDES NC. **Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária**. Rev Bras Enferm. 2012;65(6):991-9;
- MENDES, F. *et al.* **A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primário**. Revista de Enfermagem Referência. Pp. 17-25. III Série – n.º9 – Mar. 2013;
- PERLOW E. **Accessibility: global gateway to health literacy**. Health Promot Pract. 2010;11(1):123–31;
- PINHEIRO, R, MARTINS PH. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/UFRJ/UFPEABRASCO; 2009;
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* **A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços**. Saúde Soc. São Paulo. V 22. P 211-222. 2013;

- PRADANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** – 2. Ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013;
- QUANDT F.L, Fantin A.D, OLIVEIRA J.R, KOVELESKI D.F. **Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode.** Saude Transf Soc. 2013;4(3):83-90;
- ROLIM L.B, CRUZ R.S.B.L.C, SAMPAIO K.J.A.J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde Debate. 2013;37(96):139-47;
- SANTOS, M.A.M. *et al.* **Avaliação da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e do Programa Mais Médico na Área Rural de Porto Velho, Rondônia.** Revista Eletrônica Gestão & Sociedade, v. 10, n.26, p. 1327-1346 Maio/Agosto – 2016;
- SANCHEZ RM, CICONELII RM. **Conceitos de acesso à saúde.** Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8;
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF, UNESCO: Ministério da Saúde, 2002;
- TOMASI, E., *et al.* **Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4395-4404,2011;

## ANEXO A – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL



Santa Cruz do Sul, 13 de dezembro de 2017.

### TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado “PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR UMA ESF”, desenvolvido pelo acadêmico Allan da Silva Dias, sob orientação da professora Luciane Schmidt Alves, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa na Estratégia Saúde da Família Rauber/Carlota, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.

  
CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke  
Diretora de Ações e  
Programas de Saúde

**ANEXO B – TERMO DE ACEITE INSTICIONAL AO CEP**

Santa Cruz do Sul, 13 de dezembro 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 "PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR UMA ESF", desenvolvido pelo acadêmico Allan da Silva Dias, sob orientação da professora Luciane Schmidt Alves, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa na Estratégia Saúde da Família Rauber/Carlota, 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

Clarissa Gohlke  
Diretora de Ações e  
Programas de Saúde  
M. 41176



## ANEXO C - PARECER DO CEP



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Luciane Maria Schmidt Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83304018.4.0000.5343

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.515.138

#### Apresentação do Projeto:

Allan da Silva Dias

PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

#### Objetivo da Pesquisa:

##### 3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral Avaliar a percepção dos usuários quanto as ações desenvolvidas por uma ESF no que se refere ao acesso, utilização do serviço e a participação social.

3.2 Objetivos Específicos: Verificar o entendimento dos usuários em relação a proposta da ESF; Conhecer se as necessidades de acesso dos usuários são atendidas pela ESF; Identificar se a utilização do serviço está de acordo com as necessidades dos usuários; Investigar se há participação social dos usuários nas decisões da ESF.

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



**CEP**  
COMITÊ DE ÉTICA  
EM PESQUISA  
DA UNISC

UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.515.138

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

OK.

**Riscos:** Mesmo visando o total anonimato e a privacidade dos sujeitos, é possível que ocorra algum tipo de risco para pesquisa devido ao constrangimento dos usuários ao receberem o instrumento de coleta de dados em suas residências, havendo a possibilidade dos participantes desistir em qualquer momento do preenchimento do questionário sem quaisquer prejuízos aos usuários.

**Benefícios:** A pesquisa almeja verificar a satisfação do usuário frente aos serviços prestados a ele, realizando uma análise crítica da situação, para poder contribuir e melhorar a qualidade das ações da unidade em busca de um melhor atendimento, favorecendo para garantir uma boa efetividade da assistência e identificando pontos fortes e fracos no funcionamento da unidade, onde a equipe de saúde deve se deter mais para alcançar um melhor resultado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem estruturado e compatível com o exigido.

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

Cronograma: Ok (início coleta em março).

Folha de rosto: Ok.

TCLE: Ok.

Carta de aceite: Ok.

Orçamento: Ok.

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

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1081516.pdf	18/01/2018 20:58:05		Aceito
Folha de Rosto	Digitalizado_Allan.pdf	18/01/2018 20:45:58	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO.pdf	18/01/2018 20:45:38	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 95.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



**CEP**  
COMITÊ DE ÉTICA  
EM PESQUISA  
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 2.515.138

Ausência	TERMO.pdf	18/01/2018 20:45:38	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/01/2018 20:45:24	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	p802070_256.pdf	17/01/2018 15:38:04	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	p802070_255.pdf	17/01/2018 15:37:16	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Orçamento	Allan_orcamento.pdf	17/01/2018 15:34:35	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Cronograma	CRON.pdf	17/01/2018 15:31:16	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 27 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador)**

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

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR UMA**  
**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Prezado senhor/Prezada senhora**

O senhor/A senhora está sendo convidado(a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado de PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende avaliar a percepção dos usuários quanto as ações desenvolvidas por uma ESF no que se refere ao acesso, utilização do serviço e a participação social. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado(a) pelos pesquisadores para averiguar se o usuário está cadastrado na unidade e residi no bairro no mínimo um ano, ser maior de 18 anos, alfabetizado e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, que mesmo visando o total anonimato e a privacidade dos sujeitos, é possível que ocorra algum tipo de risco para pesquisa devido ao constrangimento dos usuários ao receberem o instrumento de coleta de dados em suas residências, havendo a possibilidade dos participantes desistir em qualquer momento do preenchimento do questionário sem quaisquer prejuízos aos usuários. Por outro lado, se o senhor/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área saúde pública poderão acontecer, tais como contribuir e melhorar a qualidade das ações da unidade em busca de um melhor atendimento, favorecendo para garantir uma boa efetividade da assistência e identificando pontos fortes e fracos no funcionamento da unidade, onde a equipe de saúde deve se deter mais para alcançar um melhor resultado. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e 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(a):

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Luciane Schmidt Alves (Fone 3717-7569).

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.

Local: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do  
 voluntário

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do  
 responsável legal, quando  
 for o caso

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do  
 responsável pela obtenção  
 do presente consentimento

## APÊNDICE – B INSTRUMENTO DE PESQUISA

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>	
Sexo	Masculino
	Feminino
Idade	18 a 20 anos
	21 a 23 anos
	24 a 26 anos
	27 a 29 anos
	Mais de 29 anos
	Mais de 59 anos
Microárea	1
	2
	4
	5
	6
	7
	24
Estado civil	Solteiro (a)
	Casado (a) / união estável
	Divorciado (a) / desquitado (a)
	Viúvo (a)
Qual a cor de pele/raça?	Branca
	Preta
	Amarela
	Parda/mestiça
	Indígena
	Ignorada
Religião	Católico
	Evangélico
	Espírita
	Umbandista
	Outra religião
	Sem religião
Escolaridade	Ateísmo
	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 lembra
Quanto tempo mora no bairro?	01 ano
	02 a 04 anos
	05 anos ou mais
Renda familiar	Menos de 300 reais
	300 a 600 reais
	600 a 1.000 reais
	1000 a 3.000 reais
	Acima de 3000 reais
	Não sabe
Quantas pessoas, contando com você, moram na sua casa?	Moro sozinho
	02 a 05 pessoas
	6 a 8 pessoas
	Acima de 08 pessoas

Fonte: Instrumento do PMAQ módulo III, BRASIL, 2017.

**ACESSO À UNIDADE DE SAÚDE E AO ATENDIMENTO**

Quanto tempo leva de sua casa até a unidade?	Até 15 minutos
	20 a 30 minutos
	40 a 60 minutos
	Mais de 1 horas
	Não sabe
O horário de funcionamento da unidade é informado?	Sim
	Não
	Não sabe
A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?	Sim
	Não
Quais os turnos que a unidade funciona?	Não sabe
	Manhã
	Tarde
	Noite
	Sábados
O horário atende às suas necessidades?	Sim
	Não
	Às vezes
	Não sabe
Para facilitar o seu atendimento gostaria que a unidade atendesse:	Mais cedo do que o horário que costuma abrir
	A tarde até as 18 horas
	A noite
	No horário de almoço
	Aos sábados
	Aos domingos
	24 horas
	Não tenho sugestões, pois estou satisfeito como o horário
Qual o primeiro serviço que você procura quando precisa de atendimento de saúde?	Esta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
	Outra Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
	Hospital Público
	UPA ou outro Pronto Socorro 24 h do SUS
	Policlínica do SUS
	Hospital particular com convênio com o SUS
	Clínica/consultório Particular com plano de saúde
	Clínica/consultório Particular sem plano de saúde
	Hospital Particular com plano de saúde
	Hospital Particular sem plano de saúde
A marcação de consulta pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da ESF?	Outros
	Não sabe
	Sim
Quando você consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	Sim
	Não
	Não sabe
Na maioria das vezes, suas consultas são:	Com hora marcada
	Por ordem de chegada
	Tipo encaixe
	Outros
Quando você vem à unidade sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado?	Não sabe
	Sim
	Não
	Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada
	Não sabe

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: URGÊNCIAS,  
QUALIDADE NAS CONSULTAS, VÍNCULO E ATIVIDADES COLETIVAS**

	Sim
	Não
Quando você tem algum problema de urgência, procura a unidade básica de saúde?	Não teve problema de urgência
	Não sabe
	Porque precisa chegar cedo, pois o atendimento é por ordem de chegada
Se a resposta anterior for negativa. Por que motivo não procurou a unidade/Posto de saúde	Porque não atende urgência
	Porque não tinha profissional na ESF
	Porque a ESF estava fechada no momento
	Não sabe/Não lembra
	Até 10 minutos
Quanto tempo esperou para ser atendido?	15 a 30 minutos
	40 a 60 minutos
	Acima de 1 hora
	Muito bom
	Bom
O que você achou dos atendimentos na unidade de saúde?	Regular
	Ruim
	Muito ruim
	Não sabe
Quando você precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, você tem acessos em qualquer horário do funcionamento do ESF	Sim
	Não
	Não sabe
	Até 10 minutos
Quando o senhor (a) tem consulta AGENDADA, quanto tempo espera entre a chegada na unidade e o atendimento?	15 a 30 minutos
	40 a 60 minutos
	Acima de 1 hora
	Sempre
Além de sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida? (ex: alimentação, exercícios físicos, lazer, problemas com álcool, drogas e violência)	Na maioria das vezes
	Quase nunca
	Nunca
	Não sabe
	Na própria ESF
Onde você costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?	Em outro lugar de forma gratuita
	Paga pelo remédio
	Não sabe

	Sim
	Não
Quando você não tinha consulta marcada e precisou buscar ou mostrar resultados de exames com os profissionais, conseguiu?	Às vezes
	Nunca precisou
	Não sabe
	Sempre
Nessa unidade de saúde, você é atendido sempre pelo mesmo (a) médico (a)?	Na maioria das vezes
	Quase nunca
	Nunca
	Não sabe
	Sempre
Quando você precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	Não maioria das vezes
	Quase nunca
	Nunca
	Não precisou tirar dúvidas
	Não sabe
	Sim, sempre
As orientações que os profissionais dão a você na unidade atendem às suas necessidades?	Sim, algumas vezes
	Não
	Não sabe
Você participa de atividade de saúde em grupos ofertados por essa unidade de saúde?	Sim
	Não
	Não sabe
	Horário incompatível
	As atividades não interessam
Se a resposta anterior for não. Por que não participa?	A equipe não faz essas atividades
	Não sabe se a equipe faz essas atividades, não há divulgação
	Nenhuma das anteriores
	Muito bom
	Bom
Acesso e utilização dos serviços de saúde: urgências, qualidade nas consultas, vínculo e atividades coletivas	Regular
	Ruim
	Muito ruim
	Não sabe

Fonte: Instrumento do PMAQ módulo III, BRASIL, 2017.



## MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E INTERAÇÃO DOS USUÁRIOS

Quando você quer fazer uma reclamação ou sugestão nesta unidade, você consegue?	Sim
	Sim, mas com dificuldade
	Não
	Nunca precisou
	Não sabe
Quando você fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?	Sim
	Sim, mas demorou
	Não
Qual dentre os canais de comunicação você costuma utilizar?	Não sabe
	Caixa de sugestões na unidade
	Diretamente com a equipe
	Reclama no Conselho local de saúde
	Ouvidoria do SUS
	Por telefone
	Aplicativo de celular
Você sabe que existe o serviço de ouvidoria do município?	Outros
	Sim
	Não
Você sabe se nesta unidade de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular?	Não sabe
	Sim
	Não
Você é convidado pelos profissionais a opinar sobre o funcionamento e organização desta unidade de saúde?	Não sabe
	Sim
	Não

Fonte: Instrumento do PMAQ módulo III, BRASIL, 2017.

O que você acha que a unidade deve fazer para melhorar o atendimento para população?

---



---



---



---



---



---