

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

DENISE DA SILVA MELO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO  
MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL

RECIFE

2020

DENISE DA SILVA MELO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO  
DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde  
Pública do Instituto Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do  
título de doutor em Ciências.

Orientador: Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes

Coorientadora: Dra. Gabriella Morais

RECIFE

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

M528a      Melo, Denise da Silva.  
Avaliação da assistência à saúde na atenção  
básica do município de Jaboatão dos Guararapes,  
Pernambuco, Brasil / Denise da Silva Melo. —  
Recife: [s.n.], 2020.  
151 p. ilus., tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto  
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,  
Recife, 2020.

Orientador: Antônio Mendes; coorientadora:  
Gabriella Morais.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Qualidade,  
Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 3.  
Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Satisfação do  
paciente. 4. Satisfação no emprego. I. Mendes,  
Antonio da Cruz Gouveia. II. Morais, Gabriella. III.  
Título.

---

CDU 578

DENISE DA SILVA MELO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO  
DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde  
Pública do Instituto Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do  
título de doutor em Ciências.

Aprovado em: 18 de março de 2020

BANCA EXAMINADORA:

---

Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Tereza Maciel Lyra  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Ana Lúcia Andrade da Silva  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr. Paulo Roberto de Santana  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr. Petrônio José de Lima Martelli  
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho ao meu pai David (*in memoriam*), mãe Alzira,  
irmão Dennys, esposo Rodolfo e filha Ana Liz.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, sem o qual nada seria possível.

A minha mãe, companheira de todas as horas, pelo amor incondicional e por seu exemplo de força, coragem e superação. Pela sua perseverança e dedicação em investir seus esforços na minha educação, mesmo diante das dificuldades.

Ao meu irmão Dennys pelo carinho, companheirismo e por todo o apoio na minha busca pelo conhecimento.

Ao meu esposo Rodolfo, meu porto seguro, por todo incentivo, paciência e amor;

A minha amada filha Ana Liz, que ainda no ventre, foi fonte de força, inspiração e coragem.

Ao professor Antônio Mendes que aceitou o desafio de me orientar. Agradeço pela confiança, dedicação e oportunidade de crescimento.

À Gabriella Morais que se mostrou sempre disponível, paciente e interessada em contribuir na construção desse trabalho.

Aos professores Paulo Santana, Petrônio Martelli, Ana Lúcia e Tereza Lyra pelas contribuições na banca de defesa.

À Secretaria de Saúde de Jabotão dos Guararapes por acreditar no trabalho e autorizar a sua realização.

Aos pacientes e profissionais pela colaboração e pela confiança em mim depositadas, sem os quais esse trabalho não seria possível.

Aos estudantes de enfermagem que contribuíram com a coleta de dados.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a execução deste trabalho, meus mais sinceros agradecimentos.

MELO, Denise da Silva. **Avaliação da assistência à saúde na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil.** 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

A fragmentação dos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para o alcance de uma assistência à saúde de qualidade. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da assistência prestada na APS do município de Jaboatão dos Guararapes. Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal com abordagem quantitativa. Foram aplicados questionários estruturados a usuários e profissionais da APS. Participaram do estudo 525 usuários, 92 enfermeiros e 81 médicos. Para verificar a existência de diferenças significativas entre as dimensões de satisfação e seus atributos, utilizou-se o Teste de Friedman. A avaliação da qualidade considerou as dimensões: acessibilidade, assistência clínica, relação profissional-usuário, atividades comunitárias, estrutura, satisfação laboral, coordenação da informação e da gestão clínica. Os resultados apontam para um contexto de perpetuação das vulnerabilidades sociais e o desafio em alcançar um atendimento equitativo e universal. Os principais aspectos de insatisfação dos usuários foram: dificuldade de acesso a consultas e exames especializados, tempo de espera para atendimento e possibilidade de apresentar reclamações. Por outro lado, os usuários apresentaram-se satisfeitos com o atendimento médico e de enfermagem, principalmente quanto ao respeito, privacidade, escuta e confidencialidade. Os profissionais apresentaram-se mais insatisfeitos com a contrarreferência, serviço de apoio diagnóstico e laboratorial, (in)segurança e comunicação com o responsável pela transferência. Os aspectos melhor avaliados dizem respeito a aquisição de experiência, utilização do formulário de referência e inexistência de duplicação de exames e medicamentos. Verificou-se que apesar dos profissionais de saúde se empenharem na prestação de um atendimento humanizado, foi evidente a fragmentação do cuidado na rede estudada, o que dificulta o seguimento adequado e oportuno ao paciente, refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada.

**Palavras - chave:** Atenção Primária à Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Satisfação do paciente. Satisfação no emprego.

MELO, Denise da Silva. **Evaluation of health care in primary care in the municipality of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil.** 2020. Thesis (Doctorate in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## ABSTRACTS

The fragmentation of health services is one of the main obstacles to achieving quality health care. The aim of this study was to evaluate the quality of care provided in PHC in the municipality of Jaboatão dos Guararapes. This is an exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach. Structured questionnaires were applied to PHC users and professionals. 525 users, 92 nurses and 81 doctors participated in the study. To verify the existence of significant differences between the dimensions of satisfaction and its attributes, the Friedman Test was used. The quality assessment considered the dimensions: accessibility, clinical assistance, professional-user relationship, community activities, structure, job satisfaction, coordination of information and clinical management. The results point to a context of perpetuation of social vulnerabilities and the challenge of achieving equitable and universal care. The main aspects of user dissatisfaction were: difficulty in accessing specialized consultations and exams, waiting time for assistance and the possibility of making complaints. On the other hand, users were satisfied with medical and nursing care, especially regarding respect, privacy, listening and confidentiality. The professionals were more dissatisfied with the counter-referral, diagnostic and laboratory support service, (in) security and communication with the person responsible for the transfer. The best evaluated aspects are related to the acquisition of experience, use of the reference form and the absence of duplicate tests and medications. It was found that although health professionals are committed to providing humanized care, the fragmentation of care in the network studied was evident, which hinders adequate and timely patient follow-up, reflecting negatively on the quality of care provided.

**KEY WORDS:** Primary Health Care. Health Care Quality. Access, and Evaluation. Health Services Research. Patient Satisfaction. Job Satisfaction.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção	40
Quadro 2 -	Matriz Conceitual	50
Quadro 3 -	Distribuição da amostragem a ser estudada, segundo regional e número de ESF.	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.	64
Tabela 2	Descrição da frequência de utilização do serviço pelos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.	66
Tabela 3	Tempo médio de espera para atendimento dos usuários nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.	66
Tabela 4	Avaliação das dimensões de satisfação dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.	67
Tabela 5	Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à dimensão acessibilidade	67
Tabela 6	Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à assistência clínica.	68
Tabela 7	Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à relação profissional-usuário	68
Tabela 8	Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas ao desenvolvimento de atividades comunitárias	69
Tabela 9	Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à estrutura	69

Tabela 10	Caracterização dos profissionais lotados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018	80
Tabela 11	Caracterização de vínculo e escolha/tempo de lotação dos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018	82
Tabela 12	Tempo médio* de duração de consulta de acordo com a formação dos profissionais	82
Tabela 13	Avaliação dos profissionais a respeito das dimensões estudadas	83
Tabela 14	Avaliação da satisfação dos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018	83
Tabela 15	Avaliação da coordenação da informação pelos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018	85
Tabela 16	Avaliação da coordenação da gestão clínica pelos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica a Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEAS	Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
<b>2.1 Atenção primária a saúde</b> .....	11
2.1.1 <i>Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde</i> .....	22
<b>2.2 Avaliação em saúde</b> .....	24
<b>2.3 Avaliação de qualidade</b> .....	30
2.3.1 <i>Avaliação de serviços de saúde sob a ótica do usuário</i> .....	34
<b>2.4 Coordenação da atenção</b> .....	37
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	46
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	47
<b>4.1 Objetivo geral</b> .....	47
<b>4.2 Objetivos específicos</b> .....	47
<b>5 MÉTODOS</b> .....	48
<b>5.1 Tipo de estudo</b> .....	48
<b>5.2 Área de estudo</b> .....	48
<b>5.3 População</b> .....	48
<b>5.4 Matriz conceitual</b> .....	48
<b>5.5 Cálculo da amostra</b> .....	57
5.5.1 <i>Usuários</i> .....	57
5.5.2 <i>Profissionais de saúde</i> .....	59
<b>5.6 Coleta de dados</b> .....	59
5.6.1 <i>Usuários</i> .....	61
5.6.2 <i>Profissionais de saúde</i> .....	62
<b>5.7 Processamento e análise dos dados quantitativos</b> .....	62
<b>5.8 Considerações éticas</b> .....	63
<b>5.9 Limitações do estudo</b> .....	63
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO USUÁRIOS</b> .....	64
<b>6.1 Resultados</b> .....	64
<b>6.2 Discussão</b> .....	70
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO PROFISSIONAIS</b> .....	80
<b>7.1 Resultados</b> .....	80
<b>7.2 Discussão</b> .....	87
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	97
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	100
<b>APÊNDICE A - TCLE USUÁRIOS</b> .....	113
<b>APÊNDICE B - TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	115

<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DOS USUÁRIOS.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO A – ARTIGO : AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A fragmentação dos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para o alcance de uma assistência à saúde de qualidade. No Brasil, assim como em vários países da América Latina, essa problemática é uma realidade que reflete na continuidade do cuidado, integralidade e perda de eficiência (ALMEIDA *et al.*, 2010; CONILL *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2017).

Em decorrência de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporânea, a coordenação da atenção é considerada desafio atual para qualquer sistema de saúde que vise garantir atenção integral e integrada, em particular, aquela voltada ao paciente crônico que necessita utilizar simultaneamente diversos serviços, exigindo a articulação entre unidades e níveis de atenção (GIOVANELLA, 2009; HOFMARCHER *et al.*, 2007).

A coordenação da atenção é considerada atributo essencial dos serviços que tem por finalidade organizar os atendimentos aos usuários, possibilitar acesso livre às informações e garantir resolutividade da assistência em saúde (FERREIRA *et al.*, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto porta de entrada preferencial do sistema, tem íntima relação com as funções de coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos de pessoas e informações a fim de organizar a rede de acordo com essas necessidades (MEIRA, 2013). Deve atuar no processo de acolher o usuário promovendo a vinculação e corresponsabilização pelo seu cuidado (BRASIL, 2011).

Para garantir um cuidado adequado, a avaliação dos serviços é ponto de partida primordial. A avaliação da qualidade da atenção à saúde deve fundamentar-se num enfoque multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes atores como: pacientes e/ou seus representantes, profissionais, administradores e gerentes (SERAPIONI, 2009).

Cada ator é dotado de perspectivas próprias de avaliação. Diante disso, torna-se essencial entender como estes atores percebem a qualidade dos serviços que estão sendo prestados, visando identificar e analisar as diferentes percepções para, posteriormente, intervir buscando maneiras de alinhá-las de modo a satisfazer as necessidades de ambos e promover a melhoria contínua (RIGHI, 2010).

As avaliações sob a perspectiva do usuário tem ganhado destaque na literatura por ser este considerado um ator estratégico ao processo de mudanças no modelo assistencial atual (RIGHI, 2010). Esse tipo de metodologia de avaliação tornou-se um importante instrumento de informação que subsidia a gestão para melhoria do serviço prestado, visto que permite a

identificação de áreas passíveis de melhoria, viabiliza adequações à luz das necessidades da população e promove o aperfeiçoamento dos pontos fortes geradores de satisfação (ALBUQUERQUE, 2010).

A partir dessas premissas e apoiando-se em uma revisão da literatura internacional, este estudo se propôs a avaliar a qualidade da assistência prestada na Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes sob a perspectiva de usuários e profissionais.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Atenção Primária a Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para melhorias nas condições de saúde da população. Embora haja consenso sobre a sua importância, o mesmo não ocorre com respeito à sua definição, ademais, pode ser organizada e operacionalizada de formas diversas em diferentes países (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Segundo Mendes (2015), a APS é uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que a compreende como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população.

Para Starfield (2002):

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...] Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A APS pode ser considerada uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população (MOROSINI; MATTA, 2008).

Em sua forma mais altamente desenvolvida, pode ser considerada o *locus* de responsabilidade pela atenção ao paciente/comunidade ao longo do tempo. Envolve o cuidado aos pacientes que, geralmente, tem múltiplos diagnósticos e queixas pouco claras, que não podem ser reduzidos a diagnósticos pré-estabelecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento (STARFIELD, 2002).

Evidências internacionais tem corroborado a ideia de que a APS - em contraste com o atendimento especializado - está associada a uma distribuição mais equitativa da saúde nas populações. Em especial, podemos citar três evidências que representam uma demonstração cada vez mais forte de que a atenção primária melhora a saúde ao mostrar que: a saúde é

melhor em áreas com mais médicos de atenção primária; que as pessoas que recebem cuidados de médicos da atenção primária são mais saudáveis; e que as características da atenção primária estão associadas a um melhor nível de saúde (STARFIELD *et al.*, 2005).

Starfield *et al.* (2005) identificaram o efeito de seis mecanismos que isoladamente ou em combinação podem explicar o efeito benéfico desses cuidados primários, a saber: (1) maior acesso aos serviços básicos; (2) melhor qualidade dos cuidados; (3) maior enfoque na prevenção; (4) manejo precoce de problemas de saúde; (5) efeito cumulativo das principais características de prestação de cuidados primários e (6) papel dos cuidados primários na redução dos cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais.

Além de sua relação com melhores resultados no âmbito da saúde, a oferta de médicos que prestam cuidados primários foi associada com menores custos totais dos serviços de saúde em relação a outras áreas, possivelmente, devido ao enfoque nos cuidados preventivos e redução das taxas de hospitalização (STARFIELD *et al.*, 2005).

No entanto, para se alcançar uma atenção primária de qualidade, Starfield (2002) considera primordial a operacionalização dos seguintes atributos:

- 1) Atenção ao primeiro contato: diz respeito a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde;
- 2) Longitudinalidade: implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Enfatiza que o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde;
- 3) Integralidade: pressupõe que as unidades de atenção primária devem se organizar de forma a garantir que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde que necessita. Inclui o encaminhamento para consultas e serviços especializados, bem como para o acesso a serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar, entre outros;
- 4) Coordenação da atenção: considera a capacidade de garantir a continuidade da atenção pela equipe de saúde, com a identificação dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a rede de atenção;

O relatório Dawson é reconhecido historicamente como um dos primeiros documentos a descrever a APS como forma de organização dos sistemas de saúde. Elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, resultou do debate acerca de mudanças no sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial, compreendendo uma assistência à

saúde de elevado custo, de crescente complexidade e baixa resolutividade (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Diante disso, as autoridades do país, por meio do referido relatório, propuseram uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011; MINISTRY OF HEALTH, 1920).

O relatório enfatiza que a medicina preventiva e curativa devem caminhar juntas em um plano de serviços que devem coordenar-se estreitamente. Para tanto, orienta a organização do modelo de atenção à saúde em: Serviços Domiciliares, Centros de Saúde Primários, Centros de Saúde Secundários, Serviços Suplementares e Hospitais de Ensino.

Os Serviços Domiciliares e Centros de Saúde Primários teriam atuação fundamentada na forma regionalizada e atendimento por médicos com formação em clínica geral. Os Centros de Atenção Secundária contemplam médicos especialistas de diversas áreas, e seriam destinados aos casos em que o médico não tivesse condições de solucionar com recursos disponíveis no primeiro âmbito da atenção. Os casos com indicação de internamento ou cirurgia, deveriam ser destinados aos hospitais.

Essa ideia de hierarquização dos níveis de saúde influenciou a criação do Sistema Nacional de Saúde Britânico em 1948, que por conseguinte, serviu de norte para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo com ênfase na regionalização e na integralidade (LAVRAS, 2011).

Segundo Starfield (2002), esta formulação foi a base para o conceito de regionalização, entendido como um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população.

Na década de 70, o uso indiscriminado de tecnologia médica de alto custo e pouca resolutividade, preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos. Por outro lado, os países em desenvolvimento conviviam com a iniquidade no acesso aos serviços de saúde, as relevantes taxas de mortalidade infantil e as precárias condições sanitárias e socioeconômicas. Essa situação abriu espaço para a necessidade de buscar novas formas de organização da atenção com vistas a maior eficiência e menor custo (CHAN, 2008).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma – Ata. Com a participação de 134 países e 67 organizações não-governamentais, resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde

como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004; CHAN 2008).

A Declaração de Alma-Ata conclamou a necessidade de atuação dos diferentes atores internacionais no intuito de diminuir as disparidades no desenvolvimento social e econômico dos países, no sentido de atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (MENDES, 2004).

Para tanto, os governos teriam responsabilidade sobre a saúde de sua população, a qual, só poderia ser atingida mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Dessa forma, a expectativa era de que até o ano 2000, todos os países atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva.

De acordo com a declaração, a chave para que essa meta fosse atingida eram os Cuidados Primários de Saúde, denominados como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OPAS/OMS, 1978).

Ainda sobre a declaração de Alma –Ata, são elencados algumas características dos cuidados primários (Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 1978):

- 1) Baseiam-se na aplicação de resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública;
- 2) Enfocam os principais problemas de saúde da comunidade e disponibilizam serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades identificadas;
- 3) Perspectiva interdisciplinar, envolvendo além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente à agricultura, à pecuária, à produção de alimentos, à indústria, à educação, à habitação, às obras públicas, às comunicações, dentre outros;

- 4) Incentivo à participação social, seja comunitária ou individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis;
- 5) Incluem pelo menos: a) educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, b) promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, c) previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, d) cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, e) prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, f) tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e g) fornecimento de medicamentos essenciais.

Apesar das metas da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma -Ata não terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90.

No Brasil, a APS pode ser registrada segundo ciclos de desenvolvimentos (MENDES, 2012, 2015):

- 1) Surgimento dos Centros de Saúde criados na USP em 1924, que apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária;
- 2) Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no início dos anos 40, que realizou ações curativas e preventivas, embora restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país;
- 3) A partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, o terceiro ciclo, conservando o núcleo tecnológico original do SESP, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade;
- 4) Na década de 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Seu objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas

simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população;

- 5) No início dos anos 80, em paralelo a crise da Previdência Social, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. As AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da Previdência Social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos;
- 6) A instituição do SUS que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS;
- 7) Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado do Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros.

A discussão a respeito da Atenção Primária enquanto “caminho” para mudar a saúde do Brasil teve início na VII Conferência Nacional de Saúde em 1980 e já apontava para a descentralização do sistema, municipalização e integração da rede básica com os serviços secundários e terciários. Na Conferência seguinte (VIII), de 1986, os temas voltaram a discussão e os princípios da equidade e universalização receberam destaque. Com a NOB 96, surgem as primeiras citações sobre a mudança do modelo de atenção à saúde e o Programa Saúde da Família (PSF) é elencado como uma das opções a serem desenvolvidas (GIL, 2006).

A NOB 96 aponta para uma organização do modelo de atenção baseado não somente no financiamento, mas sobretudo nos resultados esperados. Destaca ainda a importância do vínculo do usuário com o serviço, a necessidade de incorporar o modelo epidemiológico ao modelo clínico e ressalta a importância da integralidade das ações com atuação privilegiada sobre os núcleos familiares e a comunidade (BRASIL, 1997).

Essas experiências somadas à constituição do SUS e sua regulamentação (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) subsidiaram a construção de uma política de APS no Brasil que incorpora os princípios da Reforma Sanitária e convencionou-se adotar a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

A ABS foi concebida em consonância com os princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. É definida como (BRASIL, 2012):

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

Para tanto, as equipes de saúde assumem a responsabilidade sanitária sobre populações de áreas definidas levando em consideração a dinamicidade existentes no território de referência e as necessidades de saúde identificadas. Devido ao alto grau de descentralização e capilaridade, deve ser a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), acolhendo o usuário e promovendo a vinculação e corresponsabilização pelo seu cuidado (BRASIL, 2012).

Sob essa ótica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos (MATTA; MOROSINI, 2008).

Segundo Giovanell *et al.* (2009) implementar uma concepção abrangente ou integral de atenção primária implica a construção de sistemas de saúde que sejam orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita, em geral de baixa qualidade dirigido aos pobres.

### *2.1.1 Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde*

Como foi dito anteriormente, a ABS é reconhecida como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema. Dessa forma, a equipe multidisciplinar do primeiro nível deve atuar na integração e coordenação do cuidado, de forma a responder as necessidades de saúde da população de referência (BRASIL, 2012).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões

assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2012). Não há hierarquia entre os serviços, de forma que cada um tem seu papel específico não havendo gradação de importância entre eles, o que possibilita a comunicação de forma horizontal e não autoritária (TANAKA, 2011).

Segundo essa proposta, cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, cultura e trabalho, entre outras (TANAKA, 2011).

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: 1) a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; 2) a função coordenadora de ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e 3) a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF (MENDES, 2012).

A organização adequada do SUS em redes depende de uma APS capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS. A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita (MENDES, 2015).

Para Tanaka (2011) a avaliação da rede, partindo da atenção básica, deverá estar focalizada na identificação da direção mais adequada de utilização dos serviços, com o objetivo de completar a atenção “brindada” na atenção básica e propiciando o menor tempo possível nesse trajeto e na oportunidade necessária para evitar o agravamento de problemas de saúde.

Avançar na melhoria da assistência prestada exige conhecimento e análise aprofundados da atenção primária atualmente prestada, bem como a sua avaliação a partir da perspectiva de todos os envolvidos, dos profissionais de saúde, dos gestores e, especialmente, dos usuários, para identificar nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e as ações no sentido de concretizar os princípios gerais da proposta, garantindo atenção de saúde com qualidade à população (GIOVANELLA *et al.*, 2009)



## 2.2 Avaliação em Saúde

Avaliação é um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente pelo senso comum. No seu sentido mais amplo, avaliar significa: julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo (MINAYO *et al.*, 2005).

Para Contandriopoulos *et al.*, (2000) avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas pré-definidos. A pesquisa avaliativa por sua vez, consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Se propõe a analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

A avaliação alicerçada na ética e desenvolvida de forma tecnicamente adequada, permite o acompanhamento de determinadas intervenções na área da saúde e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua *práxis* cotidiana criam espaços permanentes de reflexões sobre a prática. Isso favorece, dentre outras coisas, o fato de desconsiderar ideias, alinhar conceitos, corrigir rumos, mudar prioridades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas e até mesmo trocar gestores (MINAYO *et al.*, 2005).

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, momento em que o Estado passava a substituir o mercado e portanto devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Para tanto, os economistas desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas públicos. A partir de então, percebeu-se a necessidade de se adotar uma perspectiva interdisciplinar mantendo o rigor dos aspectos metodológicos, o que ficou conhecido como avaliação “profissionalizada” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

Nos anos 70, os processos de avaliação ganham destaque, visto que a diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde sem que isto afetasse a qualidade dos serviços ofertados (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

Desde então, a avaliação na área da saúde goza de um prestígio crescente e consequentemente, vários países passaram a investir na criação de organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias, a exemplo de Estados Unidos, Canadá, França e Austrália (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

Guba e Lincoln (1989) identificam quatro estágios na história da avaliação:

- a) O primeiro estágio aborda a avaliação sob a perspectiva de medida/mensuração. O avaliador assume o papel de um técnico que precisa saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados;
- b) O segundo estágio trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. Nesta fase, a medida deixou de ser sinônimo de avaliação e passou a ser um dos meios ao seu serviço. O enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior;
- c) O terceiro estágio é fundamentado no julgamento. O avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior. Nesse momento, predominam a institucionalização das práticas avaliativas e a emergência das iniciativas de profissionalização;
- d) No quarto estágio a avaliação é tida como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

A avaliação de quarta geração se coloca como uma alternativa, não excludente, às avaliações anteriores, sendo implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Nessa fase, a avaliação passa a assumir uma postura inclusiva e participativa, como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas como juiz. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional - a base para determinar quais informações são consideradas necessárias (HARTZ, 2000; GUBA; LINCOLN, 1989).

Para Contandriopoulos *et al.* (2000) os objetivos oficiais de uma avaliação são:

- a) Objetivo estratégico: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;

- b) Objetivo formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
- c) Objetivo somativo: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida;
- d) Objetivo fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

A partir da declaração de Alma Ata, com vistas à “Saúde para todos no ano 2000” a OMS acentuou o estímulo à utilização de práticas avaliativas ao incluir a avaliação como importante componente do processo de gestão sanitária (FURTADO; SILVA, 2016).

No entanto, a prática da avaliação no planejamento, implementação e monitoramento dos serviços públicos foi tardiamente incluída no Brasil, relacionando-se a princípio, apenas à necessidade de acompanhar os investimentos realizados por financiadores de órgãos internacionais (FEITOSA *et al.*, 2016). Nessa fase, havia grande influência de organismos internacionais como o Banco Mundial, provedor de assistência técnica e financeira de reconhecida influência nos países em desenvolvimento, que incorpora a “capacidade em avaliação” como uma das prioridades para a gestão do setor público com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos programas e como requisito para a realização de empréstimos (FURTADO; SILVA, 2016).

Aproximadamente até os finais dos anos 1980, a avaliação de programas e serviços constituiu um espaço vinculado e submetido às áreas de política e planejamento. A partir dos anos 1990, a reflexão e práticas em torno da avaliação passaram a desenvolver relativa autonomia, delineando contornos próprios e se destacando de outras áreas que integram a Saúde Coletiva. Sob essa ótica, a avaliação em saúde passou a constituir objeto de interesse específico de gestores dos níveis municipal, estadual e federal do SUS e de pesquisadores em distintas universidades (FURTADO; SILVA, 2016).

Segundo Furtado e Silva (2016) o espaço da avaliação em saúde no Brasil, a partir do advento do SUS na década de 1990, é produto de fatores que podem ser assim agrupados:

- 1) Possibilidades históricas advindas da condicionalidade externa imposta por financiadores internacionais;
- 2) Desenvolvimento de pesquisas avaliativas com base em intercâmbios entre investigadores brasileiros e colegas do exterior, sobretudo da América do Norte, com efeitos na formação e atuação desses profissionais no Brasil;
- 3) Busca de compreensão e qualificação dos processos empreendidos na implementação do SUS por agentes responsáveis pela gestão (sobretudo

municipal e estadual) do SUS que, anteriormente à sua inserção no campo burocrático, tinham vinculações com o campo científico nas universidades;

- 4) Intervenções voltadas para a institucionalização da avaliação, originária de agentes com formação na área, inseridos na gestão federal do SUS.

Nas últimas três décadas, as interações verificadas entre os diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e distintos grupos inseridos em universidades brasileiras, para o desenvolvimento de atividades de avaliação de intervenções sanitárias, refletem importante característica da constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) e o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf) constituem exemplos recentes dessa colaboração entre a gestão do SUS e pesquisadores vinculados à academia (FURTADO; SILVA, 2016).

A expansão do interesse pela temática da avaliação na academia é evidenciada pelo aumento na publicação de pesquisas com esse tema e no significativo crescimento de grupos de pesquisa de avaliação em saúde na base de Diretórios do CNPq (FURTADO; SILVA, 2016).

Reconhecendo a importância de avaliar o desempenho do sistema de saúde, pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva criaram o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). Tem como objetivo contribuir para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, ao produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas e disseminar informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos (FUNDAÇÃO OWVALDO CRUZ, 2003).

Para o desempenho dos serviços de saúde o PRO-ADESS define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde e propõe como dimensões para esta avaliação (FUNDAÇÃO OWVALDO CRUZ, 2003):

- a) Efetividade: grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- b) Acesso: capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
- c) Eficiência: relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- d) Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;

- e) Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- f) Continuidade: capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- g) Adequação: grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- h) Segurança: capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Por respeito aos direitos das pessoas, o PRO-ADESS define as seguintes categorias:

- a) Confidencialidade das informações – refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos e aquelas referentes ao seu estado de saúde;
- b) Privacidade no atendimento – refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras;
- c) Direito à informação – refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento bem como ter acesso ao prontuário que contém informações a respeito do seu estado de saúde e tratamento;
- d) Conforto – refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, alimento saudável e comestível, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupas limpas, procedimentos regulares de limpeza e manutenção do prédio;
- e) Autonomia – diz respeito a liberdade, considerando a decisão entre tratamento alternativo, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental;
- f) Dignidade e cortesia – envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente;
- g) Respeito aos valores das pessoas – refere-se à noção de que indivíduos têm diferentes desejos, necessidades e preferências.

Segundo Portela (2000) a avaliação em saúde permite o levantamento de informações quanto à adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde. Dessa forma, pode subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor. De acordo com esse mesmo autor, a avaliação em saúde pressupõe:

- a) A seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e econômico;
- b) A medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população;
- c) O julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível e;
- d) A alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental.

Brito e Jesus (2009) alertam para o fato de que a avaliação é, na maioria das vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento do público-alvo, dos profissionais do programa ou serviço, e dos parceiros institucionais e comunitários. Não se pode negar o caráter político intrínseco existente em algumas das práticas avaliativas e o afloramento de jogos de poder onde estas se realizam. Isso requer uma atenção especial do avaliador no intuito de evitar cumplicidades de diversas ordens ou que se venha a sucumbir a pressões políticas e administrativas.

Felisberto (2006) afirma que no Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Esse autor defende o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional e ratifica a importância da institucionalização da avaliação no sistema de saúde. Nesse sentido, os processos avaliativos devem torna-se atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão.

No entanto, o fato de ter a avaliação instituída na estrutura da política requer alguma cautela em razão das inúmeras transformações que as intenções, diretrizes e normas que orientam a política sofrem ao serem implantadas no âmbito federal, estadual e municipal de gestão do sistema. Este cuidado se torna particularmente importante no Brasil, diante da difícil e desigual realidade socioeconômica, da extensão territorial nacional, da heterogeneidade dos problemas regionais, das distintas capacidades locais e da diversidade cultural. Nessa perspectiva, é preciso promover práticas solidárias, criativas e flexíveis que contribuam para superar relações excludentes e de iniquidade, e concretizem propósitos sociais de bem-estar para todos (BRITO; JESUS, 2009).

Para Contandriopoulos (2006) não basta institucionalizar a avaliação, é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS. Vale ressaltar que o grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias será tanto maior quanto sua credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.

A avaliação pode contribuir com profissionais e gestores a qualificarem suas práticas. Além disso, pode se constituir numa estratégia para somar esforços na busca de sistematizar e apresentar a usuários e cidadãos os resultados dos investimentos públicos no setor Saúde (FURTADO; SILVA, 2016).

Considerando os diferentes tipos e a complexidade de fenômenos a serem avaliados na ABS, verifica-se que o alcance da análise quantitativa habitualmente não é suficiente para a compreensão desejada do fenômeno e possibilita respostas parciais às perguntas avaliativas. Por outro lado, ao aceitarmos que o resultado dos serviços de saúde é o produto da interação ocorrida entre o usuário e os profissionais de saúde, a abordagem qualitativa da avaliação passa a ser considerada quase indispensável, pois os fenômenos avaliados nos serviços possuem uma inter-relação com a subjetividade dos usuários, que é a principal característica da abordagem qualitativa. Segundo essa perspectiva, a abordagem qualitativa utilizada após a quantitativa possibilitará compreender em maior profundidade a dinâmica interna e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados (TANAKA, 2011).

### **2.3 Avaliação de Qualidade**

A qualidade dos cuidados é reconhecida como uma preocupação mundial e um critério essencial na avaliação do desempenho das instituições de saúde e programas governamentais de saúde pública (HAJ *et al.*, 2013).

Vários são os aspectos envolvidos na sua definição bem como nas formas de avaliação (MALLET, 2005). Em vista disso, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na área da saúde e que ainda não chegaram a um acordo sobre uma definição operacional apropriada e compartilhada (SERAPIONI, 2009).

Bonato (2011) entende que qualidade é um termo utilizado por diversos especialistas, sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum identificar focos que promovam seu desenvolvimento na gestão institucional.

A Organização Mundial da Saúde (2006) define qualidade de atendimento como a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações de pacientes melhoram os resultados de saúde desejados. Para conseguir isso, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas.

Para Donabedian (1980) a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação; uma vez que sua característica principal é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade. Esse autor formulou um quadro conceitual para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. Classicamente considerados uma tríade, corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas (*input-process-output*).

O componente estrutura diz respeito à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços. Inclui recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, bem como, o financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada (DONABEDIAN, 1980).

O processo corresponde a avaliação das atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde – paciente (DONABEDIAN, 1980).

O resultado é entendido como o produto final da assistência prestada. Refere-se às mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Além disso, também podem ser considerados como resultados, as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1980).

Segundo Portela (2000) a avaliação de estrutura é a que menos informação oferece sobre a qualidade da atenção à saúde, no entanto pode ser importante para complementar avaliações do processo e dos resultados, ou, em alguns casos, ser a única possível. É importante ressaltar que ao realizar somente a avaliação de estrutura, o avaliador deve ter o cuidado de evitar confundir a capacidade de um serviço gerar cuidados de boa qualidade com a qualidade de atenção em si mesma.

Alguns estudiosos apontam que a avaliação de resultados é aquela que realmente capta mudanças no estado de saúde da população (PORTELA, 2000; SERAPIONE, 2009). Na medida em que o objetivo da atenção a uma população é a melhoria da sua condição de saúde, a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir o cumprimento desse objetivo. Portela (2000) chama a atenção para duas dificuldades passíveis de surgirem segundo essa abordagem:



- 1) A medição do resultado em si, considerando a existência de situações em que as respostas ao uso de tecnologias, ou serviços de saúde, somente se observam após um longo período, ou quando não há clareza quanto às respostas mais relevantes;
- 2) A atribuição do resultado ao cuidado à saúde em questão. Além disso, a avaliação de resultados é limitada no que diz respeito à indicação do que se deve fazer diante de achados desfavoráveis.

Considerando que, isoladamente, cada uma dessas alternativas apresenta problemas e insuficiências, Donabedian (1992) conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

Seguindo com seus estudos nessa mesma temática, Donabedian (1990) ampliou a definição de qualidade de forma que inclui não apenas a gestão técnica do paciente, mas também a gestão de relações interpessoais, bem como acesso a cuidados e continuidade dos cuidados. Dessa forma, a concepção de qualidade é entendida como um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos representam os sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990):

- a) Eficácia: a capacidade de cuidar, oferecendo o melhor sob as condições mais favoráveis;
- b) Efetividade: diz respeito ao alcance da melhoria de saúde ou possibilidade de ser alcançada em condições reais da prática diária. Através da determinação da efetividade pode-se identificar o quanto o cuidado avaliado se aproxima do melhor cuidado possível de ser obtido;
- c) Eficiência: a capacidade de obter a maior qualidade do cuidado em saúde com o menor custo;
- d) Otimização: o equilíbrio mais vantajoso entre custos e benefícios na prestação do cuidado;
- e) Aceitabilidade: refere-se à adaptação do cuidado de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares;
- f) Legitimidade: conformação das preferências sociais que expressam os princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações;
- g) Equidade: é o princípio que determina o que é justo na distribuição de cuidados e seu benefício entre os membros de uma população.

Para Savassi (2012) a gestão baseada na qualidade envolve mudanças de foco de atuação e de tecnologias, apoiadas no resgate da relação profissional-paciente, na forma de remuneração de médicos e equipes, na qualificação e capacitação dos profissionais, na qualificação da própria gestão e na participação ativa dos profissionais da saúde na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade.

Mallet (2005) enfatiza que a qualidade do cuidado em saúde é julgada de acordo com a sua conformidade a uma série de expectativas que se originam de três fontes: 1) a ciência, que determina a eficácia; 2) os valores e expectativas individuais, que determinam a aceitabilidade; e 3) os valores e expectativas sociais, que determinam a legitimidade do cuidado. Assim, a qualidade não pode ser avaliada inteiramente em termos técnicos, já que as preferências dos indivíduos e da sociedade devem ser levadas em consideração.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde deve fundamentar-se num enfoque multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes atores (pacientes, representantes dos usuários, profissionais, administradores, gerentes, etc.), todos dotados de perspectivas próprias de avaliação. Além disso, as organizações que representam os pacientes devem ocupar o centro do processo da avaliação, pois nem sempre os pacientes têm a capacidade de exigir os seus direitos ou de julgar a qualidade da atenção (SERAPIONI, 2009).

O tema da qualidade dos serviços ofertados à comunidade ainda representa um aspecto crítico para os gestores e administradores dos serviços de saúde. Todavia, a preocupação pela qualidade da atenção está se impondo, cada vez com mais força, na agenda nacional e internacional e nos debates sobre reforma dos sistemas de saúde. Trata-se de um processo gradual e diferenciado – com avanços e algumas regressões – que implica uma reconfiguração das relações entre profissionais e pacientes, entre demanda e oferta de cuidados de saúde e que pode ser afetado, também, pela variação dos níveis de desigualdade social em saúde (SERAPIONI, 2009).

Para Bonato (2011) é importante atribuir ao usuário do serviço de saúde papel relevante na montagem e funcionamento do serviço, portanto, é fundamental buscar conhecer e entender o seu modo de perceber o atendimento prestado. O referido autor considera que a escuta ao utente é estratégico ao processo de mudanças no modelo assistencial atual.

É sabido que usuário e prestador ocupam posições diferentes no processo, embora ambos contribuam para que os serviços sejam executados. Assim, as expectativas e necessidades de usuários e prestadores determinam de maneira diversa a qualidade dos serviços. Diante disso, torna-se essencial entender como estes principais atores percebem a qualidade dos serviços que estão sendo prestados, visando identificar e analisar as diferentes

percepções para, posteriormente, intervir buscando maneiras de alinhá-las de modo a satisfazer as necessidades de ambos e promover a melhoria contínua (RIGHI, 2010).

Righi (2010) acredita que a qualidade de um serviço de saúde está diretamente relacionada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência à saúde. Acredita-se que essa “boa relação” pode compensar falhas do cuidado técnico.

A qualidade dos cuidados de saúde primários deve ser avaliada considerando todas as dimensões: a dimensão da implementação das linhas diretrizes (*guidelines*) baseadas nas evidências científicas; a dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada paciente; a dimensão da família e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do paciente; e a dimensão dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tornam critérios essenciais (SERAPIONI, 2009).

Em suma, a utilização da avaliação como etapa inicial no processo de busca pela qualidade está embasada em um consenso, evidenciado por pesquisadores e gestores das mais diferentes áreas de atuação, sobre a relevância da avaliação de serviços para a gestão pela qualidade, pois esta favorece diretrizes e opções para o processo de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados a sociedade (RIGHI, 2010).

### *2.3.1 Avaliação de serviços de saúde sob a ótica do usuário*

A avaliação do usuário tornou-se um importante instrumento de informação que subsidia a gestão para melhoria do serviço prestado e, portanto, está potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (ALBUQUERQUE, 2010; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Em vista disso, a preocupação com o usuário dos serviços de saúde vem se intensificando na área da saúde, principalmente pela consciência em relação aos direitos do paciente como cidadão (POLIZER; D’INNOCENZO, 2006).

No Brasil, as iniciativas de avaliação dos serviços de saúde levando em consideração a perspectiva do usuário ganharam destaque a partir da década de 90 com a promoção da *accountability* e o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Esse tipo de metodologia contribui para a construção de alternativas compartilhadas entre prestadores e usuários, para intervenções em problemas cotidianos das instituições, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados, reorganizando o processo de

trabalho, relocando recursos, readequando ações e redefinindo objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde estabelecido (BRANDÃO *et al.*, 2013).

Partindo-se do pressuposto de que todo cidadão tem direito à vida com qualidade e aos serviços de saúde com eficácia (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006), a qualidade da assistência deve ser garantida pelos serviços de saúde bem como por todos os profissionais envolvidos.

As principais pesquisas no campo de avaliação em saúde, ainda na década de 70, referiam-se à satisfação do paciente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). No entanto, a questão de satisfação do paciente nem sempre foi analisada abordando todos os seus aspectos dentro das organizações, de forma que por muito tempo, a qualidade era baseada apenas nas decisões, habilidades e competências médicas (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

A princípio, o objetivo era atingir melhores resultados clínicos por meio da adesão ao tratamento (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Considerando o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Isso permitiu o avanço no sentido de incorporar os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade desses serviços.

Esperidião e Trad (2005) observaram que embora seja referida a falta de consenso, a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos.

As expectativas do usuário constituem padrões de qualidade visto que eles avaliam a qualidade do serviço comparando o que desejam e esperam (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006). Com o avanço dos estudos no âmbito da satisfação, os termos “usuário”, “consumidor” e “cliente” foram incorporados às pesquisas de avaliação (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Segundo Hollanda *et al.*, (2012):

[...] as pesquisas sobre satisfação podem contribuir com a melhoria da qualidade [dos serviços em saúde] ao mostrar em que medida os problemas afetam o atendimento. Uma vez que práticas e valores podem modificar-se com a alteração do contexto onde se desenvolvem, incorporar a visão dos usuários na gestão das organizações públicas abre um caminho que favorece mudanças culturais nas relações entre estado e sociedade no setor saúde.

De acordo com Gomes *et al.*, (1999), em se tratando dos serviços públicos, a alta satisfação pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este de baixa qualidade, fazendo do usuário do sistema público uma espécie de usuário “cativo”.

Fatores apontados como responsáveis pela alta satisfação devido a relutância dos pacientes em expressar opiniões negativas são conhecidos como *viés de gratidão* e o *viés de aquiescência* (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

O viés de gratidão diz respeito à omissão de questionamentos e críticas negativas dos usuários. É verificável especialmente na avaliação de serviços públicos. Pode surgir em situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores do cuidado ou pelo simples fato da garantia da prestação dos serviços (BERNHART *et al.*, 1999).

O viés da aquiescência está relacionado à posição de enumeração dos quesitos dos questionários. Refere-se à concordância do indivíduo com o primeiro item da escala independente de seu conteúdo. Essa tendência é mais evidenciada nos usuários mais idosos e nos indivíduos de menor renda (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Esperidião e Trad (2005) em ampla revisão da literatura perceberam que não existe consenso dos pesquisadores para definição de estratégias metodológicas válidas e confiáveis para avaliação da satisfação embora aponte a combinação de técnicas como estratégia oportuna para dar conta da complexidade da satisfação e evitar reducionismos presentes em cada método.

Segundo Hollanda *et al.*, (2012), a ideia de satisfação do usuário define o paciente como sujeito e coloca suas opiniões, expectativas e tudo o que ele considera justo ou equânime como elementos legítimos na definição e na mensuração da qualidade da atenção à saúde.

Ademais, foi observado na China que a satisfação geral do paciente com os serviços médicos prestados é um dos principais fatores que influenciam na promoção da satisfação do paciente com a vida (TANG, 2013).

Estudos com satisfação vem sendo usados em diversos países com o intuito de avaliar procedimentos previamente realizados como: artroplastia total do joelho (MATSUDA *et al.*, 2013); histerectomia laparoscópica supracervical (TCHARTCHIAN, 2013); blefaroplastia inferior (VIANA *et al.*, 2012); tratamento quiroprático (ERIKSEN *et al.*, 2011); tratamento com metadona (KELLY *et al.*, 2010); entre outros.

Vale ressaltar que a satisfação pode ser considerada um importante instrumento para o planejamento e gestão de serviços médicos privados. Segundo Chang *et al.*, (2013), é necessário controlar as demandas e preferências dos pacientes e adotar estratégias de *marketing* adequadas de acordo com as circunstâncias de intensa competição, a fim de satisfazer o público e criar uma vantagem competitiva para as instituições médicas. Charalambous e Adamakidou (2012) corroboram essa ideia e afirmam que a situação

econômica e social atual continuam a favorecer a concorrência na área da saúde e que a satisfação do paciente continuará a ser um fator importante para atrair e manter os pacientes.

A satisfação pode também ser utilizada na avaliação de intervenções aplicadas a setores ou a unidades de saúde como um todo. Lin *et al.* (2013) realizaram um estudo com o intuito de avaliar a eficácia de uma intervenção multifacetada na melhoria da privacidade do paciente e sua satisfação com o ambiente de um departamento de emergência lotado. A intervenção desenvolveu estratégias que incluíam, dentre outras, o redesenho do ambiente, a gestão de processos, o controle de acesso e o estímulo à consulta ética. Diante disso, foi comprovada significativamente, a melhoria da percepção dos pacientes com a privacidade e a satisfação no atendimento do departamento de emergência após a intervenção.

Em alguns países é comum pesquisar a satisfação por meio de entrevista por telefone. Azmi *et al.* (2012) utilizaram esse formato de estudo para pesquisar a satisfação dos pacientes de um serviço de endoscopia digestiva ambulatorial em um hospital terciário asiático e observaram que o tempo de espera e o desconforto durante o procedimento foram as principais causas para a insatisfação dos pacientes.

Cabe salientar que o significado dos estudos de satisfação do paciente são altamente dependentes do papel no qual os pacientes percebem-se em relação aos sistemas de saúde. Portanto, a satisfação do paciente pode ser entendida como uma percepção subjetiva, embora os profissionais de saúde devam considerá-la como real, mesmo que essa percepção ignore a adequação da terapia ou os resultados no estado de saúde desse paciente (CHARALAMBOUS; ADAMAKIDOU, 2012).

## **2.4 Coordenação da Atenção**

A fragmentação dos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para o alcance de uma assistência à saúde de qualidade. No Brasil, assim como em vários países da América Latina, essa problemática é uma realidade que reflete na continuidade do cuidado, integralidade e perda de eficiência (FERREIRA *et al.*, 2017; CONILL *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010).

Em decorrência de mudanças demográficas e epidemiológicas e da baixa capacidade da atenção médica contemporânea, a coordenação da atenção é desafio atual para qualquer sistema de saúde que vise garantir atenção integral e integrada, em particular, aquela voltada ao paciente crônico que necessita utilizar simultaneamente diversos serviços, exigindo a

articulação entre serviços e níveis de atenção (GIOVANELLA, 2009; HOFMARCHER *et al.*, 2007).

A coordenação depende dessa integração da rede de serviços e se realiza no cuidado individual exercido pelos profissionais de saúde no processo de atenção, articulando diferentes prestadores e se concretiza na continuidade da atenção (GIOVANELLA, 2009).

Problemas de qualidade e custo-eficiência são os principais motivos para se buscar a coordenação da atenção. Em seus estudos, Hofmarcher *et al.* (2007) verificaram que discussões políticas sobre a coordenação do cuidado estão mais intimamente ligados aos objetivos de qualidade dos cuidados (ou seja, ao impacto nos resultados de saúde e capacidade de resposta às necessidades do paciente), a eficiência de custos e, em menor grau, a garantia de acesso aos cuidados.

Considera-se que a coordenação é condição necessária para o alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, que envolve a integração entre os níveis do sistema de saúde. Logo, uma resposta integral não poderia ser alcançada ao interior da APS somente, ainda que fortalecida e abrangente. (ALMEIDA *et al.*, 2012)

O consentimento em torno da importância do tema coordenação para os sistemas de saúde é seguido por outro: as dificuldades teóricas para compreender e operacionalizar o seu conceito (ALMEIDA *et al.*, 2012; SCHANG *et al.*, 2013).

Ao consultar profissionais de saúde, Martinez *et al.* (2009), identificaram que a coordenação entre os níveis assistenciais é definida de diversas formas pelos informantes que a consideram um termo complicado, mas necessário, para a melhoria da eficiência. O fato é atribuído à separação histórica entre níveis e profissionais (atendimento primário *versus* especializado, médicos *versus* enfermeiros, etc.), o que contribuiu para formar valores opostos à colaboração e ao trabalho em equipe. A comunicação, o conhecimento e as relações entre os profissionais emergem como fatores determinantes centrais da coordenação, sobre os quais influenciam os valores dos profissionais e a existência de mecanismos apropriados nas instituições.

Beltran (2006) define a coordenação entre níveis assistenciais como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados a atenção ao paciente ao longo de um contínuo assistencial de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Dessa forma, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes,

conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos necessários (ALMEIDA *et al.*, 2010).

A coordenação do cuidado é considerada atributo essencial dos serviços que tem por finalidade organizar os atendimentos aos usuários, possibilitar acesso livre as informações e garantir resolutividade da assistência em saúde (FERREIRA *et al.*, 2017). Também pode ser entendida como conjunto de políticas que ajudam a criar cuidados centrados no paciente que sejam mais coerentes dentro e entre as configurações de cuidados ao longo do tempo. Em termos gerais, significa tornar os sistemas de cuidados de saúde mais atentos às necessidades do indivíduo e garantir que eles tenham o cuidado adequado para episódios agudos, bem como cuidados voltados para estabilizar sua saúde em longos períodos em ambientes menos onerosos. Essas questões são de particular interesse para os pacientes com condições crônicas e os idosos que podem ter dificuldade em transitar pelos sistemas de saúde fragmentados (HOFMARCHER *et al.*, 2007).

É um processo complexo que depende do grau de especialização clínica, do nível e tipo de interdependências das atividades assistenciais e do grau de incerteza de atenção associada com a capacidade de processar a informação e a variabilidade na resposta do paciente (NÚÑEZ *et al.*, 2006). Pode ser alcançada através de mecanismos de mercado (preços), organizações hierárquicas (planos e rotinas) e organizações de rede (acordos mais ou menos formais). Visa a divisão de tarefas para maximizar o resultado de vários profissionais que contribuem para a produção de um certo bem ou serviço (GÉRVAS; RICO, 2005).

A coordenação dos cuidados pela APS ocupa uma posição de destaque na agenda política de vários países que vêm buscando fortalecer sua atenção primária como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (SILVA; ANDRADE, 2014). Pode ser subdividida em duas importantes dimensões: coordenação da informação e coordenação da gestão clínica (BELTRÁN, 2006).

A coordenação da informação diz respeito à transferência de informações sobre o paciente. É condição necessária para coordenar as atividades entre provedores e requisito essencial à continuidade assistencial. Considerada relevante em todos os contextos, torna-se um desafio quando o paciente se move de um nível de atenção para outro. Compreende duas subdimensões (BELTRÁN, 2006):

- 1) Transferência de informações: refere-se aos mecanismos formais e informais de troca de informações sobre o paciente entre os diferentes níveis assistenciais que participam de seus cuidados.



- 2) **Uso da Informação:** refere-se ao uso de informações sobre as circunstâncias e os eventos do paciente anteriormente atendidos em um nível assistencial, para orientar as decisões clínicas sobre um evento atual que recebe atenção em outro nível assistencial.

A coordenação da gestão trata-se da coordenação do atendimento ao paciente no que diz respeito à provisão de atenção de maneira sequencial e complementar, dentro de um plano de atenção compartilhado pelos diferentes serviços em distintos níveis de atenção. Compreende as subdimensões (BELTRÁN, 2006):

- 1) **A longitudinalidade do seguimento:** refere-se ao seguimento adequado do paciente quando há transições de um nível assistencial para outro (por exemplo, o cumprimento do acompanhamento por parte do primeiro nível de atenção aos pacientes após atendimento com especialista e/ou alta hospitalar);
- 2) **A coerência do cuidado:** implica na existência de abordagens e objetivos de tratamentos similares entre os diferentes profissionais de diferentes níveis assistenciais. Inclui diferentes estratégias de coordenação, cujo objetivo é aumentar a coerência entre as decisões clínicas dos diferentes profissionais, como diretrizes de práticas clínicas compartilhadas ou programas de gerenciamento de casos.

As dimensões da coordenação da atenção podem ser avaliadas considerando os seguintes atributos:

Quadro 1 - Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção.

*Continua*

<b>Tipos</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Atributos</b>
Coordenação da informação	Transferência da informação clínica	Disponibilidade de mecanismos adequados para transferência de informação; Acesso ágil e oportuno à informação; Registro adequado da informação pelos profissionais
	Utilização da informação	Consulta da informação transferida; Incorporação da informação na prática clínica

Quadro 1 - Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção.

Conclusão

<b>Tipos</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Atributos</b>
Coordenação da gestão clínica	Longitudinalidade do seguimento	Evidência de comunicação oportuna com o responsável pela transferência; Consulta de seguimento oportuna depois da transferência
	Coerência da atenção	Provisão de atenção sem interrupções; Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados; Adequação clínica da transferência do paciente - reconciliação de tratamentos.

Fonte: a partir de Beltrán (2006).

Schang *et al.* (2013) com base em evidências da literatura, destacam cinco elementos essenciais para coordenar o cuidado: 1) visão compartilhada dos objetivos e estratégias dos sistemas de saúde em todos os níveis de atendimento; 2) métodos para alocação de recursos que estejam alinhados com os incentivos à coordenação do cuidado; 3) estrutura adequada, com mecanismos para comunicação entre os profissionais; 4) valorização do trabalho em equipe, colaboração e melhoria do desempenho; 5) modelo de saúde com base em estratégias de promoção a atenção primária.

A disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis) é propiciada pelos mecanismos de transmissão da informação e comunicação. A utilização da informação é possibilitada pela fácil obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias e por mecanismos de referência e contrarreferência efetivos (MEIRA, 2013).

Segundo Starfield *et al.* (2005) a coordenação é positivamente associada com a força da APS. Nesse sentido, medidas para fortalecer a APS correspondem ao mais importante conjunto de reformas pró-coordenação.

O médico da APS, com base em critérios e fluxos definidos, e conforme a necessidade, encaminha para o especialista ou para o hospital, e recebe o retorno do paciente, responsabilizando-se pela coordenação dos cuidados. O exercício da função de coordenação pelo generalista envolve a coordenação da provisão de serviços por outros prestadores no

próprio nível primário de atenção (enfermagem domiciliar e sociais), bem como a coordenação dos serviços prestados por especialistas nos níveis secundário ou hospitalar (GIOVANELLA, 2006). Em qualquer caso, o encaminhamento do paciente para o segundo nível não implica o abandono da responsabilidade do médico de família sobre o paciente (BASTERRA *et al.*, 2000).

Na prática, quando o profissional da atenção básica necessita de uma consultoria, de acompanhamento ou intervenção em curto prazo, a comunicação necessária entre o cuidador do nível primário e aquele para o qual foi feito o encaminhamento pode se resumir à natureza das recomendações ou atenção prestada, com qualquer instrução específica que seja necessária para o que o profissional da APS reassuma o cuidado e propicie a atenção continuada. Quando faz parte do manejo continuado de um problema específico por outro especialista, o desafio da coordenação é ainda maior porque requer um contínuo processo de diálogo entre dois níveis de atenção (OLIVEIRA; LIMA, 2011).

Contudo, evidências tem demonstrado que o profissional da APS não tem assegurado a centralidade na atenção ao paciente resultando na ausência de seguimento adequado. O usuário tende a buscar o cuidado somente em situação aguda da doença ou diante da agudização de um problema crônico e são realizados mais encaminhamentos para diagnóstico do que para atenção continuada. Nesse contexto, o usuário segue visto como “um fragmento” e não como um todo integrado a um ambiente e a uma família e comunidade, com determinantes que condicionam seu processo de viver e adoecer. Para mudar essa realidade é preciso que tenhamos profissionais norteados por uma diretriz de coordenação do cuidado, com o foco da atenção centrado no usuário, regida pelo trabalho em equipe, com uma APS que articule a integração das ações de saúde de forma a evitar essa fragmentação do cuidado (OLIVEIRA; LIMA, 2011).

Ainda sob esses aspectos, Hofmarcher *et al.* (2007) levantam uma preocupação potencial referente ao questionamento se os médicos de cuidados primários têm as habilidades necessárias para operar como coordenador de cuidados, especialmente em países onde não houve tradição para tratar a medicina geral como uma especialização própria.

Santos e Giovanella (2016) identificaram três questões críticas da gestão do trabalho do médico no SUS que interferem na coordenação do cuidado e no mecanismo *gatekeeping*: 1) A insuficiência do número de médicos em relação ao total da população; 2) A distribuição desigual dos médicos no território regionalizado e; 3) A inadequada formação médica para atuação na ESF. Além disso, as autoras ressaltam que a função de *gatekeeper* em si não

garante a coordenação do cuidado, pois a necessidade de saúde do paciente é mais importante do que a racionalidade organizacional.

Diversos desafios são identificados na literatura em relação à coordenação entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais (GIOVANELLA, 2009; DIAS; GIOVANELLA, 2013, OLIVEIRA; LIMA, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2012; NÚÑEZ *et al.*, 2006; MARTINEZ *et al.*, 2009; GERVAS e RICO, 2005):

- a) Inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação como marcação de consultas e exames;
- b) Pouca ou nenhuma comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes;
- c) Dificuldades de oferta para atenção especializada,
- d) Ausência de cultura de colaboração;
- e) Baixa credibilidade e reconhecimento dos profissionais da atenção primária;
- f) A resistência dos prestadores privados contratados pelo SUS à regulação de serviços;
- g) Ausência de políticas para média complexidade;
- h) Presença de incentivos econômicos inadequados;
- i) Estruturas organizacionais fragmentadas, falta de objetivos e planejamento conjunto.

Para Almeida *et al.* (2012) estabelecer objetivos comuns, de forma que o cuidado em saúde tenha o usuário como centro e seja organizado de acordo com suas expectativas pessoais e necessidades em saúde - componentes do conceito de coordenação - podem apontar alguns caminhos para melhoria da assistência prestada. (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Em se tratando das questões de oferta de serviços, as principais estratégias são relativas à criação e fortalecimento de estruturas regulatórias no interior das Secretarias Municipais de Saúde e nas USF, com descentralização de funções para o nível local; utilização dos protocolos clínicos com estabelecimento de fluxos e normas para solicitação de procedimentos e referências; prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados municipais (ALMEIDA *et al.*, 2010, GIOVANELLA, 2009).

A utilização dos prontuários eletrônicos ganham destaque na literatura como importante componente para avançar com a coordenação da atenção entre níveis (HOFMARCHER *et al.*, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2010; GIOVANELLA, 2009; DIAS; GIOVANELLA, 2013; OLIVEIRA; LIMA, 2011). Esta ferramenta permite o

compartilhamento da história clínica do paciente para profissionais de diferentes níveis e é considerada um mecanismo que agiliza a consulta, facilita a conduta clínica e, conseqüentemente, melhora a coordenação do cuidado (DIAS; GIOVANELLA, 2013).

Com acesso *online*, o registro pode ser realizado por diversos profissionais e serviços o que contribui para aprimorar a qualidade dos registros, bem como a continuidade informacional entre diversos episódios e no acesso do paciente aos serviços em diferentes níveis de complexidade. Esse registro, quando detalhado no prontuário, auxilia no reconhecimento de problemas prévios ao momento do atendimento, especialmente se o período entre as consultas foi longo ou se o paciente foi atendido por um profissional diferente em cada uma delas, o que ocorre com frequência nos serviços de saúde brasileiros (GIOVANELLA, 2009; OLIVEIRA; LIMA, 2011).

Algumas estratégias envolvem a participação conjunta de profissionais de diferentes níveis, como a realização de Sessões Clínicas Compartilhadas e a construção de Linhas de Cuidado. Esses mecanismos facilitam a articulação e a comunicação entre níveis assistenciais e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas, favorecendo a coordenação dos cuidados (GIOVANELLA, 2009; MARTINEZ *et al.*, 2009).

Núñez *et al.* (2006) reiteram que o uso de um mecanismo isoladamente não traz melhoria à coordenação, mas é imprescindível introduzir uma combinação de instrumentos que abordem os aspectos fundamentais relacionados à continuidade da informação e ao gerenciamento do paciente. O planejamento da atenção ao usuário, o redesenho da prática de cuidados envolvidos, o acesso ao conhecimento especializado e a transferência de informações sobre o paciente em tempo hábil ao longo da rede, são alguns dos elementos comuns de estratégias bem sucedidas de coordenação.

Na esfera interna, os elementos facilitadores da coordenação que aparecem com mais intensidade são a comunicação, o conhecimento e o bom relacionamento entre os profissionais dos diferentes níveis de cuidado. Os valores e as atitudes condicionam o interesse dos profissionais em colaborar e se comunicar com os outros níveis, enquanto a existência de mecanismos de coordenação determinaria o grau de comunicação, intercâmbio de informações e o consenso sobre os cuidados entre os profissionais (MARTINEZ *et al.*, 2009).

Outro aspecto de relevante importância para a coordenação diz respeito às condições de trabalho oferecidas, que favorecem a cooperação entre provedores e inclui: dimensionamento adequado de profissionais – o que favorece o investimento em tempo necessário a um atendimento de qualidade; equilíbrio entre as funções clínicas e gerenciais

exercidas pelo generalista e; remuneração adequada. (GIOVANELLA, 2006; HOFMARCHER *et al.*, 2007; MARTINEZ *et al.*, 2009).

Para Giovanella (2009):

Avaliar a coordenação dos cuidados e a integração do sistema de saúde requer, portanto, investigar diferentes dimensões desde distintos âmbitos. Exige um olhar sobre a organização do sistema de saúde para identificar e examinar a implementação de instrumentos de integração do sistema de saúde; um olhar voltado aos processos de trabalho das equipes de saúde quanto ao uso desses instrumentos de integração, de realização das atividades de coordenação dos cuidados e de articulação da própria equipe; e a avaliação desde a perspectiva dos usuários em sua experiência de recebimento de cuidado contínuo, adequado e oportuno com garantia de acesso aos outros níveis assistenciais.

Em suma, a coordenação dos cuidados é condição necessária para o alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, o que envolve a integração adequada entre os níveis do sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2012)

### 3 JUSTIFICATIVA

Para o desenvolvimento deste estudo, levou-se em consideração o percurso acadêmico e profissional trilhado pela autora:

- a) Participação no Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) no período de 2013 a 2016. O GEAS propõe-se a atuar no desenvolvimento teórico e prático do campo da gestão e da avaliação em saúde no país, na perspectiva de contribuir para o fortalecimento institucional, a melhoria do desempenho do sistema de saúde e a institucionalização das práticas de avaliação em saúde;
- b) Participação no Grupo de Pesquisa de Avaliação de Qualidade coordenada pelo professor Antônio Mendes, que desenvolveu *expertise* metodológica e carrega importante experiência acerca da referida temática com várias pesquisas publicadas na literatura de referência. Atualmente agrega projetos destinados à avaliação das políticas, da qualidade da atenção e da efetividade e eficiência de programas de saúde nos contextos local, regional e nacional;
- c) Vínculo atual da autora como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Jabotão dos Guararapes, que por ser o *loco* de trabalho traz maior viabilidade a pesquisa.

Além disso, é importante ressaltar que a partir da década de 1990, como parte da reforma do Estado, novos modelos de gestão e inovações gerenciais vêm sendo implementados em organizações públicas de saúde brasileiras com o objetivo de alcançar maior eficiência, eficácia e qualidade nos serviços. O propósito final é elevar o desempenho do setor, promovendo cada vez mais a adequação das políticas/programas de saúde às necessidades de seus usuários.

Este estudo se propõe a avaliar a assistência à saúde na Atenção Básica sob a perspectiva de usuários e profissionais. Portanto, espera-se que a identificação de áreas passíveis de melhoria no serviço de saúde público pesquisado possam viabilizar adequações à luz das necessidades dos sujeitos envolvidos e promover o aperfeiçoamento dos pontos fortes geradores de satisfação.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade da assistência prestada na Atenção Básica do município de Jabotão dos Guararapes.

### **4.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o perfil de usuários e profissionais da atenção básica do município de Jabotão dos Guararapes;
- b) Avaliar a satisfação dos usuários atendidos na atenção básica do município de Jabotão dos Guararapes;
- c) Avaliar a satisfação dos profissionais com as condições de atendimento e trabalho nas unidades de atenção básica;
- d) Avaliar a coordenação da atenção sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica;



## **5 MÉTODOS**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal com abordagem quantitativa. Tem como principal finalidade compreender a avaliação da qualidade da assistência prestada na atenção básica sob a perspectiva dos usuários e profissionais.

### **5.2 Área de estudo**

O estudo foi realizado no município de Jaboatão dos Guararapes, situado no litoral do Estado de Pernambuco, com extensão territorial de 256 km<sup>2</sup>. Segundo projeções do IBGE para o ano de 2019, contará com uma população de 702.298 pessoas sendo a densidade demográfica de 2.49 hab/ km<sup>2</sup> no ano de 2010. Apresenta PIB per capita (2014) de R\$ 19.463,25 reais e IDHM (2010) de 0,717.

Conta com 399 estabelecimentos de saúde, dispendo de 101 equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em funcionamento na atenção primária. As equipes da ESF são distribuídas em 07 regionais de saúde a saber: a) Regional I: 20 equipes; b) Regional II: 20 equipes; c) Regional III: 07 equipes; d) Regional IV: 08 equipes; e) Regional V: 19 equipes; f) Regional VI: 17 equipes e g) Regional VII: 10 equipes.

### **5.3 População**

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do município de Jaboatão dos Guararapes conta com uma população coberta pela ESF estimada em 202.000 habitantes (novembro de 2017). Considerando a quantidade de equipes atuantes no território e a conformação mínima das equipes da ESF preconizadas em legislação (PNAB), o universo é constituído por 101 médicos e 101 enfermeiros vinculados a atenção básica do município.

### **5.4 Matriz conceitual**

O arcabouço metodológico conceitual da pesquisa baseou-se em um compilado de referenciais teóricos que nortearam o processo de construção desse estudo.

Para avaliação do desempenho do serviço de saúde, levou-se em consideração a metodologia de avaliação elaborada pelo Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS) no que tange as dimensões que envolvem os direitos dos usuários.

A qualidade da assistência à saúde foi avaliada considerando as dimensões de qualidade apresentadas pelas políticas de qualificação e HumanizaSUS, bem como da Política Nacional da Atenção Básica. Para fundamentar essa etapa da avaliação, admitiu-se o referencial teórico dos sete pilares da qualidade da assistência à saúde propostos por Avedis Donabedian. Reconhecido como um marco no desenvolvimento da área de avaliação em saúde, Donabedian converteu os sistemas de saúde em um campo de investigação com ênfase no tema específico da qualidade da atenção à saúde e propôs que as avaliações em saúde tenham como eixos para a sua realização as análises de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980)

Sob essa ótica, a pesquisa se propôs a estudar um dos resultados da atenção à saúde - *a satisfação dos usuários* - através da avaliação da estrutura e do processo de trabalho. Para estrutura, foram avaliadas as condições oferecidas pelas Unidades de Saúde da Família através das questões referentes ao ambiente e à organização do serviço para o bom atendimento aos usuários e a boa prática profissional. Em se tratando do processo, foi avaliado o trabalho dos profissionais pelos usuários, ou seja, a ação e a inter-relação humana na atenção à saúde do usuário.

A coordenação da atenção à saúde, considerada um aspecto prioritário na assistência adequada aos pacientes com necessidades complexas em um contexto de aumento da prevalência de enfermidades crônicas e envelhecimento populacional, foi avaliada nesse estudo com base nos fundamentos teóricos de Reid (2002) e Beltrán (2006).

A coordenação da atenção diz respeito à articulação de diferentes profissionais e serviços que se fazem necessário para atender adequadamente o paciente ao longo de um contínuo assistencial de maneira sincronizada. É considerada um objetivo intermediário, dada como condição necessária para alcançar os objetivos finais: eficiência e continuidade da atenção (REID *et al.*, 2002; BELTRAN, 2006).

A partir do referencial teórico adotado, foi construída a Matriz Conceitual que subsidiou a construção dos instrumentos de pesquisa e o plano de análise do estudo.

No quadro 2 estão elencadas as dimensões selecionadas para avaliação da assistência à saúde de acordo com os objetivos da pesquisa, dimensões e seus respectivos descritores, questões norteadoras e ator a ser entrevistado:

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continua)

<b>Temática: satisfação dos usuários</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Acessibilidade</b>	Distância da unidade de saúde à residência do usuário	Como o(a) senhor(a) avalia a distância entre a sua casa e a unidade de saúde?	Usuários
	Facilidade de agendamento de consultas	Como o(a) senhor(a) avalia a facilidade em agendar consultas na unidade de saúde?	Usuários
	Avaliação dos horários disponibilizados pelos profissionais para atendimento	Como o(a) senhor(a) avalia a disponibilidade de horários dos profissionais para seu atendimento?	Usuários
	Facilidade do acesso à unidade na ocorrência de algum agravamento no estado de saúde	Como o(a) senhor(a) avalia a facilidade de ser atendido quando tem algum problema de saúde?	Usuários
	Avaliação do acesso aos medicamentos	Como o(a) senhor(a) avalia a disponibilidade de medicamentos na unidade?	Usuários
	Avaliação do tempo de espera para atendimento a própria unidade	Como o(a) senhor(a) avalia o tempo de espera para ser atendido nessa unidade?	Usuários
	Avaliação do acesso à consulta especializada	Como o(a) senhor(a) avalia o tempo de espera para ser atendido por um médico especialista (cardiologista, endocrinologista...)?	Usuários
	Avaliação do acesso à exames especializados como: USG, Raio-X, ECG, EDA, entre outros.	Como o(a) senhor(a) avalia o tempo de espera para realizar exames especializados como: USG, Raio-X, ECG, EDA, entre outros?	Usuários
<b>Assistência Clínica</b>	Avaliação do atendimento médico	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento prestado pelo(a) médico(a)?	Usuários
	Avaliação do atendimento de enfermagem	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento prestado pelo(a) enfermeiro(a)?	Usuários
	Avaliação do atendimento do técnico de enfermagem	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento prestado pelo técnico de enfermagem?	Usuários

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continuação)

<b>Temática: satisfação dos usuários</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Assistência Clínica</b>	Avaliação do atendimento do ACS	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento prestado pelo ACS?	Usuários
	Avaliação dos procedimentos realizados	Como o(a) senhor(a) avalia a realização de procedimentos no posto como: aferição de pressão arterial, medição de glicose, vacinação, troca de curativos, retirada de pontos?	Usuários
	Avaliação do exame clínico	Como o(a) senhor(a) avalia a forma como os profissionais do posto lhe examinam de forma detalhada e cuidadosa?	Usuários
	Avaliação da duração da consulta	Como o(a) senhor(a) avalia o tempo de duração da consulta?	Usuários
	Avaliação da resolução das necessidades do usuário	Como o(a) senhor(a) avalia a forma como os profissionais resolvem seus problemas de saúde?	Usuários
<b>Relação profissional - usuário</b>	Avaliação do tratamento respeitoso por parte do(a) médico(a)	Como o(a) senhor(a) avalia a forma do(a) médico(a) lhe tratar com respeito?	Usuários
	Avaliação do tratamento respeitoso por parte do(a) enfermeiro(a)	Como o(a) senhor(a) avalia a forma do(a) enfermeiro(a) lhe tratar com respeito?	Usuários
	Avaliação da escuta	Como o(a) senhor(a) avalia a forma como os profissionais escutam suas queixas e dúvidas?	Usuários
	Avaliação da confiança no(a) médico(a)	Como o(a) senhor(a) avalia a sua confiança no(a) médico(a) que lhe atende?	Usuários
	Avaliação da confiança no(a) enfermeiro(a)	Como o(a) senhor(a) avalia a sua confiança no(a) enfermeiro(a) que lhe atende?	Usuários
	Avaliação da privacidade	Como o(a) senhor(a) avalia a privacidade no momento de ser examinado(a)?	Usuários
	Avaliação da clareza na prestação de informações	Como o(a) senhor(a) avalia a forma como os profissionais explicam as coisas de uma forma que o(a) senhor(a) entenda?	Usuários

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continuação)

<b>Temática: satisfação dos usuários</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Relação profissional - usuário</b>	Avaliação da confidencialidade das informações	Como o(a) senhor(a) avalia o sigilo nas conversas durante as consultas?	Usuários
	Avaliação da possibilidade de realizar reclamações	Como o(a) senhor(a) avalia a possibilidade de fazer reclamações quando não está satisfeito com alguma coisa nesse posto?	Usuários
	Avaliação da presteza no atendimento	Como o(a) senhor(a) avalia a disponibilidade dos profissionais em lhe atender quando o senhor precisa?	Usuários
<b>Desenvolvimento de atividades comunitárias</b>	Avaliação da realização de palestras	Como o(a) senhor(a) avalia a realização de palestras?	Usuários
	Avaliação da realização de atividades em grupo	Como o(a) senhor(a) avalia a realização de atividades em grupos?	Usuários
	Avaliação da visita domiciliar pelo ACS	Como o(a) senhor(a) avalia a frequência de visitas pelo ACS?	Usuários
	Avaliação das orientações prestadas pelo ACS	Como o(a) senhor(a) avalia as orientações prestadas pelo ACS ?	Usuários
	Avaliação do acompanhamento do estado de saúde pelo ACS	Como o(a) senhor(a) avalia a forma como o ACS faz o acompanhamento do estado de saúde da as família?	Usuários
	Avaliação da visita domiciliar pelo(a) médico(a)	Como o(a) senhor(a) avalia as visitas do(a) médico(a) para atendimento na residência?	Usuários
	Avaliação da visita domiciliar pelo(a) enfermeiro(a)	Como o(a) senhor(a) avalia as visitas do(a) enfermeiro(a) para atendimento na residência?	Usuários
<b>Estrutura</b>	Avaliação da estrutura física da unidade	Como o(a) senhor(a) avalia a estrutura física da unidade?	Usuários
	Avaliação da quantidade de cadeiras	Como o(a) senhor(a) avalia a quantidade de cadeiras?	Usuários
	Avaliação do conforto das cadeiras	Como o(a) senhor(a) avalia o conforto das cadeiras?	Usuários

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continuação)

<b>Temática: satisfação dos usuários</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Estrutura</b>	Avaliação da conservação dos equipamentos	Como o(a) senhor(a) avalia o estado de conservação dos equipamentos?	Usuários
	Avaliação da limpeza da unidade	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de limpeza da unidade?	Usuários
	Avaliação da limpeza dos banheiros	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de limpeza dos banheiros da unidade?	Usuários
	Avaliação da ventilação e temperatura	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de ventilação e temperatura da unidade?	Usuários
<b>Temática: satisfação profissional</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Estrutura</b>	Avaliação da estrutura física da unidade	Como o(a) senhor(a) avalia a estrutura física da unidade?	Profissionais
	Avaliação da quantidade de cadeiras	Como o(a) senhor(a) avalia a quantidade de cadeiras?	Profissionais
	Avaliação do conforto das cadeiras	Como o(a) senhor(a) avalia o conforto das cadeiras?	Profissionais
	Avaliação da conservação dos equipamentos	Como o(a) senhor(a) avalia o estado de conservação dos equipamentos?	Profissionais
	Avaliação da limpeza da unidade	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de limpeza da unidade?	Profissionais
	Avaliação da limpeza dos banheiros	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de limpeza dos banheiros da unidade?	Profissionais
	Avaliação da ventilação e temperatura	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de ventilação e temperatura da unidade?	Profissionais
	Avaliação da disponibilidade de equipamentos e insumos	Como o(a) senhor(a) avalia a disponibilidade de equipamentos e insumos?	Profissionais

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continuação)

<b>Temática: satisfação profissional</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Serviços de apoio diagnóstico</b>	Avaliação do serviço de imagem	Como o(a) senhor(a) avalia o serviço de imagem no que diz respeito a prestação de serviços como Raio-X, USG, etc?	Profissionais
	Avaliação do serviço laboratorial	Como o(a) senhor(a) avalia o serviço do laboratório?	Profissionais
<b>Satisfação pessoal</b>	Avaliação das condições de trabalho	Como o(a) senhor(a) avalia as condições de trabalho nesta unidade?	Profissionais
	Avaliação da realização profissional	Como o(a) senhor(a) avalia a realização profissional decorrente deste trabalho?	Profissionais
	Avaliação da aquisição de experiência	Como o(a) senhor(a) avalia a aquisição de experiência decorrente deste trabalho?	Profissionais
	Avaliação do relacionamento com outros profissionais da equipe	Como o(a) senhor(a) avalia o relacionamento com outros profissionais da equipe?	Profissionais
	Avaliação do reconhecimento profissional?	Como o(a) senhor(a) avalia o reconhecimento profissional decorrente deste trabalho?	Profissionais
	Avaliação da remuneração	Como o(a) senhor(a) avalia o salário recebido por este trabalho?	Profissionais
	Avaliação do sentimento de estabilidade	Como o(a) senhor(a) avalia o sentimento de estabilidade decorrente deste vínculo de trabalho?	Profissionais
	Avaliação da segurança	Como o(a) senhor(a) avalia o sentimento de segurança em trabalhar nesta unidade?	Profissionais
<b>Temática: Coordenação da informação</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Transferência da informação clínica</b>	Disponibilidade de mecanismos para transferência de informação entre níveis	Com que frequência utiliza os formulários de referência quando encaminha um paciente a outro nível?	Profissionais

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continuação)

<b>Temática: Coordenação da informação</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Transferência da informação clínica</b>		Com que frequência recebe um formulário de contrarreferência quando atende um paciente encaminhado por um profissional de outro nível?	Profissionais
		Com que frequência recebe um resumo de alta hospitalar?	Profissionais
		Com que frequência utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com profissionais de outro nível de atenção?	Profissionais
	Acesso ágil e oportuno à informação	Com que frequência recebe a contrarreferência em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente?	Profissionais
		Com que frequência recebe o resumo de alta em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente?	Profissionais
	Conteúdos da informação adequados	Com que frequência a informação recebida na contrarreferência responde ao motivo da referência?	Profissionais
<b>Utilização da informação</b>	Incorporação na prática clínica	Com que frequência incorpora na sua prática clínica a informação transferida pelo profissional de outro nível de atenção?	Profissionais
<b>Temática: Coordenação da gestão clínica</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Seguimento adequado do paciente</b>	Existência de um responsável clínico do seguimento	Com que frequência os profissionais da atenção básica são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção?	Profissionais



Quadro 2: Matriz Conceitual

(Continuação)

<b>Temática: Coordenação da gestão clínica</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Seguimento adequado do paciente</b>	Evidência de comunicação com o responsável pela transferência	Com que frequência os especialistas fazem recomendações ( <i>diagnóstico, tratamento, outras orientações, etc</i> ) aos profissionais da atenção básica sobre o acompanhamento dos pacientes?	Profissionais
		Com que frequência os profissionais da atenção básica consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes?	Profissionais
	Consulta de seguimento depois da transferência	Com que frequência o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com os profissionais da atenção básica depois de ser atendido pelo especialista?	Profissionais
<b>Acessibilidade entre níveis</b>	Provisão da atenção em tempo oportuno	Quando é encaminhado ao especialista, com que frequência o paciente espera muito tempo até o dia da consulta?	Profissionais
		Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da atenção básica, com que frequência espera muito tempo até o dia da consulta?	Profissionais
<b>Coerência da atenção</b>	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados	Com que frequência o(a) senhor(a) está de acordo com os tratamentos que os profissionais do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes?	Profissionais
		Com que frequência o(a) senhor(a) confia nas habilidades clínicas dos especialistas que atendem os pacientes que você trata?	Profissionais
		Com que frequência o(a) senhor(a) participa de sessões clínicas conjuntas entre profissionais da atenção básica e especialistas?	Profissionais

Quadro 2: Matriz Conceitual

(Conclusão)

<b>Temática: Coordenação da gestão clínica</b>			
<b>Dimensão</b>	<b>Descritor</b>	<b>Questão norteadora</b>	<b>Entrevistado</b>
<b>Coerência da atenção</b>	Reconciliação de tratamentos	Com que frequência o(a) senhor(a) realiza a reconciliação de diferentes tratamentos prescritos pelos profissionais de diferentes níveis assistenciais?	Profissionais
	Adequação clínica da transferência do paciente	Com que frequência o(a) senhor(a) utiliza guias de práticas clínicas compartilhadas entre profissionais da atenção básica e do nível especializado?	Profissionais
	Inexistência de duplicação de exames e medicamentos	Com que frequência o(a) senhor(a) repete os exames (laboratoriais/ imagem) que os profissionais dos outros níveis realizaram?	Profissionais
		Com que frequência existem duplicações nos tratamentos que o(a) senhor(a) indica em relação aos tratamentos prescritos pelos especialistas?	Profissionais

Fonte: A autora.

Para a caracterização dos usuários foram traçadas as variáveis: sexo, idade, raça/cor, nível de escolaridade, estado conjugal, número de filhos, ocupação, renda familiar;

Para a caracterização dos profissionais foram traçadas as variáveis: sexo, idade, raça/cor, tempo de conclusão da graduação, tipo de instituição de formação, realização de curso de pós-graduação, especialização na área em que trabalha, tipo de vínculo, escolha da unidade de lotação e tempo de atuação na unidade.

## 5.5 Cálculo da amostra

### 5.5.1 Usuários

Para calcular a amostra dos usuários foi utilizado o programa OpenEpi na versão 3, considerando 100 equipes de saúde da atenção básica e uma população total de 202.000 pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município (BRASIL, 2017). A UBS Engenho Velho, situada na regional I foi excluída do cálculo amostral por se tratar da unidade de lotação da pesquisadora principal, o que poderia gerar possíveis conflitos de interesse sobre o estudo.

Como parâmetros para este cálculo, tomou-se como referência o percentual de satisfação esperada segundo estudos de Gouveia (2011) que avaliou a satisfação dos usuários com a assistência à saúde no estado de Pernambuco.

Para o cálculo da amostra de unidades a serem pesquisadas, considerou-se uma amostragem aleatória simples do tipo proporcional com um erro amostral de 5%, erro relativo de 20%, hipótese de 65% de satisfação e uma confiabilidade de 95%, sendo assim calculado um tamanho amostral de 40 unidades de saúde que foram distribuídas aleatoriamente por meio de sorteio nas gerências regionais de saúde, considerando a proporção de cada regional com relação ao universo total de equipes (Quadro 3).

Em se tratando da amostra de usuários, considerou-se uma amostragem aleatória simples do tipo proporcional com um erro amostral de 5%, efeito de desenho de 1,5 e uma confiabilidade de 95%, sendo assim calculado um tamanho amostral de 525 usuários.

Quadro 3: Distribuição da amostragem a ser estudada, segundo regional e número de ESF

<b>Regional</b>	<b>Número de ESF</b>	<b>Amostra de ESF</b>	<b>Amostra de usuários por regional</b>
I	19	8	100
II	20	8	105
III	8	3	42
VI	8	3	42
V	19	8	100
VI	17	7	89
VII	9	4	47
Total	100	40	525

Fonte: A autora.

Os critérios para a inclusão dos usuários na pesquisa foram: a) indivíduos cadastrados e usuários da ESF do município com idade igual ou superior a 18 anos que estivessem presentes no momento da entrevista e b) ter tido ao menos uma experiência de atendimento na USF nos últimos seis meses.

Como critérios de exclusão de usuários, foram considerados: a) sujeitos que se recusassem a participar da pesquisa; b) sujeitos que não se encontrassem em plenas condições mentais para responder satisfatoriamente à entrevista.

### 5.5.2 Profissionais de saúde

Não houve cálculo amostral para seleção do número de profissionais, pois o interesse era de estabelecer um diagnóstico universal. No entanto, os profissionais que atuam na UBS Engenho Velho, situada na regional I foram excluídos do cálculo amostral por se tratar da unidade de lotação da pesquisadora principal, o que poderia gerar possíveis conflitos de interesse sobre o estudo, totalizando 100 médicos e 100 enfermeiros. Como critério de exclusão, considerou-se um tempo de atuação na equipe inferior a seis meses.

## 5.6 Coleta de dados

Como objeto de estudo, a qualidade da assistência à saúde na atenção básica foi mensurada a partir da aplicação de questionários a usuários e profissionais de saúde.

Para elaboração do questionário, inicialmente foi construída uma matriz de análise das dimensões (Quadro 2), que teve por objetivo a sistematização das dimensões a serem analisadas. Nela, estão contidas as dimensões, seus descritores e a questão norteadora para elaboração do instrumento. Com isto, foi possível ganhar coerência entre os objetivos formulados, a elaboração do instrumento e as análises a serem realizadas.

Na definição do formato do questionário utilizado, optou-se pela utilização de questões objetivas, pois facilitam a abordagem aos usuários, devido a rapidez e objetividade no preenchimento, além de possibilitar a padronização das respostas, reduzindo a possibilidade de erros.

O instrumento de pesquisa foi submetido a um teste piloto com 50 usuários do serviço visando uma melhor compreensão pelo público alvo e foram realizados os ajustes para superar as dificuldades de entendimento encontradas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal e por 10 entrevistadores do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Guararapes. Optou-se pela seleção destes, pela sua familiaridade com a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família facilitando assim compreensão das questões postas aos entrevistados, bem como a familiaridade com a metodologia científica.

Os entrevistadores passaram por um treinamento para conhecer os objetivos da pesquisa e o instrumento a ser aplicado. Este treinamento abordou: a) a leitura do projeto de pesquisa, com o objetivo de integrar os estudantes ao projeto e esclarecer eventuais

questionamentos; b) simulação de aplicação do questionário entre os próprios entrevistadores, minimizando desta forma as possibilidades de dúvidas no momento da entrevista; e c) aplicação observada do instrumento, por cada estudante, em uma ESF. Esta aplicação observada contou com o acompanhamento da pesquisadora principal do estudo.

Os questionários foram preenchidos pelos entrevistadores, de forma padronizada, garantindo que as respostas correspondessem fielmente ao que o usuário disse. Durante o treinamento, eles foram alertados para alguns cuidados básicos para evitar *vieses* nos dados coletados:

1. Abordagem ao entrevistado: os entrevistadores foram orientados para uma abordagem cordial, apresentando a pesquisa e solicitando a colaboração com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
2. Apresentação das questões: os entrevistadores foram orientados a lerem as questões *ipsis litteris*, sem interpretações. Se o usuário/profissional manifestasse dúvidas quanto à questão, esta deveria ser lida novamente, textualmente. Se a dúvida persistisse após a segunda leitura, o entrevistador poderia explicar a questão, da forma mais sucinta possível;
3. Relação com o entrevistado: os entrevistadores foram orientados para que, se o entrevistado mantivesse um comportamento pouco colaborador em relação ao entrevistador, a entrevista não seria realizada.

Os entrevistadores foram orientados para no momento da entrevista codificarem todos os questionários, tendo em vista a necessidade do sigilo quanto à identidade dos entrevistados.

O código dos usuários foi composto por:

1. Número do entrevistador;
2. Identificação de entrevista de Usuário (U);
3. Número do usuário em relação ao total de entrevistados;
4. Número da regional de saúde.

Exemplo da codificação para os questionários dos usuários:

Número do entrevistador	do	Entrevista com usuário	Número do usuário	Número da regional de saúde
01		U	01	01

O código dos profissionais foi composto por:

1. Número do entrevistador;
2. Identificação de entrevista com profissional (M: médico/ E: enfermeiro);
3. Número do Profissional em relação ao total de entrevistados;
4. Número da regional de saúde.

Exemplo da codificação para questionários com profissionais:

Número do entrevistador	Entrevista com profissional	Número do profissional	Número da regional de saúde
01	M	01	01

Para acompanhamento da coleta de dados, foram definidas algumas rotinas de supervisão com os entrevistadores:

- a) Reuniões quinzenais: para consolidação dos questionários, orientações quanto às dúvidas e dificuldades encontradas durante a aplicação dos questionários e para monitoramento de cumprimento das metas estabelecidas;
- b) Troca regular de e-mails: com explicações, orientações e socialização de definições em torno da aplicação dos instrumentos de coleta;
- c) Plantão telefônico: a pesquisadora principal esteve à disposição para esclarecimentos de dúvidas e resolução de problemas;
- d) Análise dos questionários preenchidos: os instrumentos preenchidos foram consolidados e pré-sistematizados, e durante este processo, foram analisadas as possíveis inconsistências do preenchimento para posterior discussão com os entrevistadores;

### 5.6.1 Usuários

Para fins deste estudo, definiu-se que as entrevistas fossem realizadas com os usuários que foram atendidos pelo médico e/ou pelo enfermeiro das ESF nos últimos seis meses que antecedem a pesquisa.

Os usuários foram entrevistados na sala de espera da unidade de saúde enquanto aguardavam atendimento. Para garantir a aleatoriedade da participação, as visitas às unidades de saúde foram realizadas todos os dias da semana, nos diferentes turnos de atendimento.

A seleção dos indivíduos levou em consideração uma sistemática estabelecida de acordo com o local em que o usuário estivesse sentado à espera do atendimento. Todos os assentos foram previamente numerados e no momento da coleta, o entrevistador procedeu a realização de um sorteio aleatório simples para determinar quais assentos participariam da entrevista. Caso o indivíduo sorteado se recusasse a participar da entrevista ou não correspondesse aos critérios de elegibilidade para o estudo, o pesquisador faria o convite ao sujeito que estivesse sentado ao seu lado direito, não havendo êxito, convidaria ao que estava sentado ao lado oposto. Se houvesse uma segunda negativa, o entrevistador procederia com o sorteio.

### 5.6.2 Profissionais de saúde

Em se tratando dos médicos (as) e enfermeiros (as) foi utilizado um instrumento de auto- aplicação que deveria ser respondido na própria unidade ou em reunião conjuntas dos profissionais da atenção básica do município, de acordo com a disponibilidade do mesmo.

## 5.7 Processamento e análise dos dados

Para mensurar o grau de satisfação dos participantes, sob a hipótese de independência das observações, criou-se uma variável dicotômica, considerando que os atributos Péssimo, Ruim e Regular referiam-se à *insatisfação*, e Bom e Ótimo, à *satisfação*.

Para verificar a existência de diferenças significativas entre as dimensões de satisfação e seus atributos optou-se pelo Teste de Friedman, por se tratar de amostras relacionadas, as mesmas pessoas avaliando diferentes aspectos. Assim, foram apresentados os *means rankings* de satisfação, considerando que quanto maior a média, maior a satisfação das participantes.

A proporção de satisfação foi apresentada considerando o número total de entrevistados que responderam sobre cada aspecto avaliado. Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em formas de tabelas e/ou gráficos com suas respectivas frequências absolutas e relativas. Todas as análises foram realizadas no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

## 5.8 Considerações éticas

Este trabalho atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do CNS/CONEP e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE

Por se tratar de um estudo que utilizou dados primários para a análise, as entrevistas foram realizadas após aceitação do entrevistado, expressa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja cópia foi entregue ao entrevistado.

Como risco da pesquisa, considerou-se a possibilidade de haver o constrangimento dos participantes ao responderem ao questionário ou entrevista. Esse risco pode ter sido amenizado à medida que o entrevistador esclarecia as possíveis dúvidas do entrevistado acerca da pesquisa e pela possibilidade de realizar a coleta de informações em local reservado.

Não houve benefícios diretos aos entrevistados. No entanto como benefícios indiretos, essa pesquisa poderá contribuir para a melhoria da assistência em saúde prestada na atenção básica do município em estudo.

## 5.9 Limitações do estudo

Como possíveis limitações, pode-se considerar a realização do estudo na própria unidade de saúde e a exclusão de usuários que não se encontraram em plenas condições mentais para responder satisfatoriamente à entrevista.

Alguns estudiosos indicam a importância de se considerar o *viés de gratidão*, visto que, em alguns casos, os pacientes emitem uma falsa avaliação positiva do atendimento devido ao receio em perder o direito ao serviço (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). A influência desse tipo de *viés* pode ter sido minimizada pelo esclarecimento por parte do entrevistador acerca dos objetivos da pesquisa e pela garantia do sigilo das informações fornecidas.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO - USUÁRIOS

### 6.1 Resultados

Dentre os 525 usuários entrevistados, a maioria era do sexo feminino (87,4%), com idades que variaram de 18 a maior de 60 anos, com pequena predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (23,9%). A maior prevalência de usuários se autodeclararam negros/pardos (77,0%), casados ou em união estável (67,0 %) e com filhos (média=2,4 filhos).

Quanto à escolaridade, destacaram-se os pacientes que cursaram o ensino fundamental de forma incompleta (38,2%) e os de ensino médio completo (35,3%). Em relação à ocupação, a maioria se declarava Do Lar (27,4%), seguido dos desempregados (26,9%) e empregados/autônomos que representaram 24,4% dos entrevistados (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

*(Continua)*

<b>Caracterização dos usuários</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	66	12,6
Feminino	459	87,4
Total	525	
<b>Idade</b>		
18-19	17	3,2
20-29	125	23,9
30-39	103	19,7
40-49	95	18,1
50-59	100	19,1
≥60	84	16,0
Total	524	
<b>Raça/cor</b>		
Negra/Parda	400	77,0
Branca	111	21,3
Amarela	7	1,3
Indígena	2	0,4
Total	520	

Tabela 1 - Descrição dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

*(Conclusão)*

<b>Caracterização dos usuários</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	15	2,9
Ensino Fundamental incompleto ou equivalente	200	38,2
Ensino Fundamental completo ou equivalente	36	6,9
Ensino Médio incompleto ou equivalente	61	11,6
Ensino Médio completo ou equivalente	185	35,3
Ensino superior incompleto ou equivalente	13	2,5
Ensino superior	14	2,7
Total	524	
<b>Estado conjugal</b>		
Casado/união estável	351	67,0
Solteiro(a)	104	19,8
Viúvo (a)	35	6,7
Divorciado(a)/Separado(a)	34	6,5
Total	524	
<b>Número de filhos</b>		
0	32	6,1
1-2	319	61,1
3-4	134	25,7
≥ 5	37	7,1
Total	522	
<b>Ocupação</b>		
Empregado(a)/Autônomo(a)	128	24,4
Desempregado(a)	141	26,9
Do Lar	144	27,4
Estudante	13	2,5
Aposentado(a)/Pensionista/Em benefício	99	18,8
Total	525	
<b>Renda familiar</b>		
< 1 SM	67	18,5
1 SM	166	45,7
> 1SM e ≤ 2 SM	116	32,0
≥ 3 SM	14	3,9
Total	363	

Fonte: A autora

Nota: \*SM: salário mínimo

Em se tratando da renda, a maioria dos entrevistados (45%) relatou renda familiar de um salário mínimo, entretanto, 162 usuários preferiram não responder a esse questionamento, o que representa cerca de 30% da amostra pesquisada (Tabela 1).

Ao avaliar a frequência de utilização do serviço, verificou-se que 47,2% dos entrevistados relataram que utilizam o serviço sempre/muitas vezes. Em relação ao estado de saúde, 44,3% avaliaram como regular, 43,5% como ótimo ou bom e 12,2% como péssimo ou ruim (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição da frequência de utilização do serviço pelos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

<b>Utilização do serviço</b>	n	%
Sempre/muitas vezes	247	47,2
Às vezes	152	29,1
Poucas vezes	124	23,7
Total	523	

Fonte: A autora

Em relação ao tempo de espera para atendimento nas unidades avaliadas, a maioria dos entrevistados (41,5%) esperou, em média, até 7 dias para efetivar a consulta desejada, ao passo que, 17,0% conseguiram atendimento no mesmo dia (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempo médio de espera para atendimento dos usuários nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

<b>Tempo médio para atendimento na unidade</b>	n	%
Mesmo dia	78	17,0
≤ 7 dias	191	41,5
De 8 a 15 dias	82	17,8
De 16 a 30 dias	74	16,1
> 30 dias	35	7,6
Total	460	100,0

Fonte: A autora

A análise da satisfação dos usuários apresentou diferenças significativas ( $p = 0,00$ ) entre as dimensões avaliadas, sendo que a *acessibilidade* e a *estrutura* apresentaram os maiores valores de insatisfação. Por outro lado, a *relação profissional-usuário* apresentou o maior quantitativo de usuários satisfeitos (81,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação das dimensões de satisfação dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

Dimensões	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito		Satisfeito		X <sup>2</sup>
			n	%	n	%	
Acessibilidade	3,39	488	293	60,0	195	40,0	X <sup>2</sup> = 483,7 DF = 4 p = 0,000
Assistência Clínica	2,41	483	105	21,7	378	78,3	
Relação Profissional-Usuário	2,41	463	84	18,2	378	81,8	
Atividades Comunitárias	3,49	321	139	43,3	182	56,7	
Estrutura	3,30	498	292	58,7	206	41,3	

Fonte: A autora

Na avaliação da dimensão *acessibilidade*, identificou-se a maior prevalência de insatisfação dos usuários relacionados ao acesso a consulta (88,8%) e exames (90,8%) especializados, bem como ao tempo de espera para atendimento na própria unidade (69,0%). As categorias que apresentaram maior nível de satisfação foram a distância percorrida até ao posto (67,3%) e o horário de atendimento dos profissionais (65,5%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à dimensão acessibilidade

Acessibilidade	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito		Satisfeito		X <sup>2</sup>
			n	%	n	%	
Distância percorrida até o posto	3,38	525	172	32,8	353	67,2	X <sup>2</sup> = 516,5 DF = 7 p = 0,000
Facilidade de agendamento de consultas	4,47	523	314	60,0	209	40,0	
Horário de atendimento dos profissionais	3,47	521	180	34,5	341	65,5	
Tempo de espera para atendimento	4,79	519	358	69,0	161	31,0	
Acesso no agravamento do estado de saúde	4,28	484	272	56,2	212	43,8	
Disponibilidade de medicamentos	4,45	496	296	59,7	200	40,3	
Acesso à consulta especializada	5,56	421	374	88,8	47	11,2	
Acesso a exames especializados	5,6	413	375	90,8	38	9,2	

Fonte: A autora

As categorias relacionadas à dimensão *assistência clínica* apresentaram um nível de satisfação maior que 70%, com exceção apenas para a categoria atendimento do ACS que apresentou 68,2% de usuários satisfeitos. Cabe destacar que a insatisfação com relação ao atendimento do ACS (31,8%) foi maior que o dobro da insatisfação com o atendimento médico (13,8%) e de enfermagem (10,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à assistência clínica

Assistência Clínica	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito		Satisfeito		X <sup>2</sup>
			n	%	n	%	
Atendimento médico	4,3	477	66	13,8	411	86,2	X <sup>2</sup> = 96,3 DF = 7 p = 0,000
Atendimento de enfermagem	4,06	434	44	10,1	390	89,9	
Atendimento do técnico de enfermagem	4,15	452	65	14,4	387	85,6	
Atendimento do ACS	4,66	494	157	31,8	337	68,2	
Realização de procedimentos	4,73	452	132	29,2	320	70,8	
Exame clínico	4,57	517	107	20,7	410	79,3	
Duração da consulta	4,73	522	127	24,3	395	75,7	
Resolução de suas necessidades	4,8	515	139	27,0	376	73,0	

Fonte: A autora

A maioria das categorias da dimensão *relação profissional- usuário* alcançaram valores maiores que 70% de satisfação com destaque para as categorias: tratamento respeitoso por parte de médicos (93,5%) e enfermeiros (95,8%), e a confiança atribuída aos enfermeiros (90,7%). Entretanto, a possibilidade de realizar reclamações e a presteza no atendimento apresentaram os menores valores de satisfação, 26,5% e 66,0%, respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7 - Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à relação profissional-usuário

Relação Profissional-Usuário	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito		Satisfeito		X <sup>2</sup>
			n	%	n	%	
Tratamento respeitoso pelo(a) médico(a)	4,82	475	31	6,5	444	93,5	X <sup>2</sup> = 504,7 DF = 9 p = 0,000
Tratamento respeitoso pelo(a) enfermeiro(a)	4,45	428	18	4,2	410	95,8	
Escuta do profissional	5,83	518	110	21,2	408	78,8	
Confiança no(a) médico(a)	5,27	470	65	13,8	405	86,2	
Confiança no(a) enfermeiro(a)	4,75	421	39	9,3	382	90,7	
Privacidade	5,33	514	76	14,8	438	85,2	
Informações prestadas com clareza	5,24	525	69	13,1	456	86,9	
Confidencialidade das informações	5,15	505	58	11,5	447	88,5	
Possibilidade de realizar reclamações	7,72	294	216	73,5	78	26,5	
Presteza no atendimento	6,44	477	162	34,0	315	66,0	

Fonte: A autora

O *desenvolvimento de atividades comunitárias* apresentou valores de satisfação menores que 70% dentre os entrevistados, com exceção apenas para a avaliação das atividades em grupo (72,0%). As categorias diretamente relacionadas à atuação dos ACS apresentaram valores de insatisfação, variando entre 44,9% e 55,7%. Dentre os entrevistados

que tiveram experiência com visita domiciliar pelo médico e enfermeiro, mais de 60% se mostraram satisfeitos com esse tipo de atendimento (Tabela 8).

Tabela 8 - Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas ao desenvolvimento de atividades comunitárias

Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito		Satisfeito		X <sup>2</sup>
			n	%	n	%	
Palestras	3,79	303	95	31,4	208	68,6	X <sup>2</sup> = 10,4 DF = 6 p = 0,111
Atividades em grupos	3,6	192	52	27,1	140	72,9	
Visita domiciliar do ACS	4,17	492	274	55,7	218	44,3	
Orientações prestadas pelo ACS	4,05	492	221	44,9	271	55,1	
Acompanhamento do estado de saúde pelo ACS	4,05	488	232	47,5	256	52,5	
Visita domiciliar pelo(a) médico(a)*	4,24	136	47	34,6	89	65,4	
Visita domiciliar pelo(a) enfermeiro(a)*	4,11	142	51	35,9	91	64,1	

Fonte: A autora

\*A visita domiciliar é direcionada a grupos específicos (acamados, puérperas, usuários com deficiência, etc) e portanto, os resultados obtidos representam os usuários que tiveram experiência com esse tipo de atendimento.

A dimensão *estrutura* apresentou valores maiores que 60% de insatisfação dos usuários na maioria das categorias avaliadas. As que geraram maior nível de insatisfação dizem respeito à quantidade/conforto das cadeiras (65,5% e 67,9%), ventilação/temperatura (63%) e a estrutura física da unidade (62,9%). Por outro lado, as categorias, limpeza da unidade e limpeza do banheiro contaram com 40,4% e 45,0% de insatisfeitos, respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação da satisfação dos usuários de acordo com as categorias relacionadas à estrutura

Estrutura	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito		Satisfeito		X <sup>2</sup>
			n	%	n	%	
Estrutura física da unidade	4,12	525	330	62,9	195	37,1	X <sup>2</sup> = 145,1 DF = 6 p = 0,000
Quantidade de cadeiras	4,27	522	342	65,5	180	34,5	
Conforto das cadeiras	4,34	523	355	67,9	168	32,1	
Conservação dos equipamentos	4,08	499	309	61,9	190	38,1	
Limpeza da unidade	3,42	522	211	40,4	311	59,6	
Limpeza do banheiro	3,55	369	166	45,0	203	55,0	
Ventilação e temperatura	4,25	524	330	63,0	194	37,0	

Fonte: A autora

## 6.2 Discussão

A avaliação da assistência à saúde sob a perspectiva do usuário é uma ferramenta de grande importância para identificar as situações que mais impactam positivamente no atendimento ao paciente bem como identificar os principais fatores geradores de insatisfação.

Embora criticada por ser considerada uma metodologia de caráter multidimensional e subjetivo (ESPERIDIÃO; VIEIRA DA SILVA, 2018), a avaliação da satisfação do usuário retrata os seus sentimentos diante do atendimento recebido e, portanto, tem grande valia ao passo que permite subsidiar as adequações necessárias a uma assistência de qualidade por parte dos atores responsáveis pela organização e planejamento do serviço prestado. O olhar do usuário representa o melhor instrumento de avaliação e participação social na busca de um sistema de saúde público de qualidade que se pretende equânime e universal, com vistas a atender as reais necessidades do seu público.

A maioria dos usuários da atenção básica são mulheres jovens (entre 20 e 39 anos de idade), que se consideram negras ou pardas, com baixo nível de escolaridade e com filhos. A maioria é casada e se considera Do Lar ou desempregada, assim como encontrado em outros estudos (ABREU *et al.*, 2018; ASCEF *et al.*, 2017; LUCENA *et al.*, 2018).

A maior procura pelo atendimento por mulheres pode ser explicada pelo fato de elas se preocuparem mais com o estado de saúde e também por serem aquelas que geralmente acompanham filhos e esposos para atendimento. Em detrimento disso, os homens parecem dedicar-se mais às atividades laborais e conseqüentemente deixam as questões de saúde em segundo plano.

Percebeu-se uma maior utilização dos serviços por indivíduos que estão fora do mercado de trabalho. Os usuários que se identificaram como *desempregados*, *Do Lar* e *aposentado/pensionista/em benefício* representam mais de 70% do total de pessoas que foram abordados mediante a utilização do serviço prestado pelas USF do município em estudo. Esses dados apontam para a maior dificuldade de acesso por parte da população economicamente ativa.

O maior desafio nesse caso é a dificuldade em se trabalhar com estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças nesse grupo. Como consequência, aumentam os casos em que o diagnóstico é tardio, implicando em complicações que requerem um manejo mais complexo e que na maioria das vezes não pode ser resolvido na atenção básica.

Sob essa ótica, esforços têm sido dirigidos para ampliar a oferta de serviços do SUS através do horário estendido de funcionamento das unidades, contemplando o turno noturno, a fim de favorecer a participação dessa classe no cuidado à saúde (BRASIL, 2019).

Corroborando outros estudos (ASCEF *et al.*, 2017; CALLOU FILHO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018), os achados dessa pesquisa apontam para uma maior utilização dos serviços da atenção básica por usuários com baixos níveis de escolaridade e renda familiar.

A baixa escolaridade pode ser considerada um importante entrave para o sucesso das atividades educativas, preventivas e curativas. O fato de não saber ler ou ter dificuldade em compreender as informações prestadas, pode levar ao uso inadequado de medicamentos e a manutenção de hábitos não saudáveis, como por exemplo, o fato de consumir alimentos nocivos à saúde por não compreender os rótulos de especificações dos componentes dos produtos alimentícios. Entendendo essa particularidade, os profissionais de saúde devem atentar para: i) promoção de atividades educativas com linguagem acessível, lançando mão de ferramentas ilustrativas e o mais próximo da realidade local; ii) Comunicação clara e objetiva durante as consultas, com disponibilidade de tempo para o paciente esclarecer dúvidas e sempre que possível, solicitar ao usuário que reproduza as informações prestadas para avaliar se o entendimento está correto e iii) Estimular a presença dos familiares, principalmente aqueles que com melhor nível de escolaridade no acompanhamento do paciente ao posto, bem como no seguimento dos cuidados em casa.

Em se tratando da renda, pode se aferir que as baixas condições econômicas refletem um importante grau de vulnerabilidade, uma vez que estão intrinsecamente relacionadas às condições de vida da família. Cabe ressaltar que a maioria das famílias residem em moradias com estrutura precária, muitas delas sem saneamento básico, sem acesso à água tratada para consumo e na maioria das vezes com uma série de restrições alimentares. Em vista disso, conhecer o contexto de vida das famílias é de suma importância para uma assistência de saúde de qualidade e para o planejamento de ações efetivas que atendam às necessidades inerentes à população de referência.

Na avaliação da frequência de utilização de serviços, constatou-se que a maioria dos pacientes utiliza o posto às vezes ou poucas vezes. Isso reflete um vínculo precário da população com a unidade. Entendendo que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada do sistema e deve ter capacidade de resolução de cerca de 80% dos casos (OPAS, 2019), a equipe de saúde deve identificar quais os principais fatores que estão limitando o acesso dos pacientes a esses serviços. Sobre essa ótica, o presente estudo apontou importantes



aspectos que geram a insatisfação dos usuários com o atendimento prestado e podem ter relação direta com a baixa procura por esses serviços.

Entre as dimensões estudadas, a *assistência clínica* e a *relação profissional – usuário* foram as melhores avaliadas pelos usuários, apresentando mais de 70% de aprovação dentre os entrevistados. Por outro lado, a *acessibilidade*, a *estrutura física* e o *desenvolvimento de atividades comunitárias* contaram com mais de 40% de insatisfação do público alvo.

Em se tratando da *acessibilidade*, nenhuma das categorias avaliadas foi considerada como satisfatória pelos usuários. A alta insatisfação recaiu principalmente sobre o acesso a consultas e exames especializados, o que retrata fragilidade no acesso ao segundo nível de atenção à saúde. Na maioria das vezes, esse fato se deve a uma falta de organização dos serviços de acordo com a oferta e demanda, representada por uma capacidade de atendimento nas unidades especializadas e número de profissionais aquém da necessidade real da população. Como consequência disso, há longas filas de espera que comprometem o seguimento adequado do paciente e dificultam o tratamento oportuno e a resolubilidade dos casos. Resultados semelhantes foram encontrados por Protássio *et al.* (2017a) que verificou que a satisfação dos usuários diminui cerca de 26% quando não conseguem agendar consulta para os especialistas e quando não recebem os resultados de exames na unidade.

Embora a distância percorrida até o posto de saúde e o horário de atendimento dos profissionais atingirem cerca de 60% de aprovação, o atendimento na própria unidade foi motivo de grande insatisfação no que tange à facilidade de agendar consultas, acesso no agravamento de saúde, tempo de espera para atendimento e disponibilidade de medicamentos.

A distância da casa do usuário até o posto de saúde é um importante item associado à satisfação dos usuários. Nesse estudo, mais de 30% dos entrevistados estavam insatisfeitos com essa variável. A localização da ESF deve ser planejada considerando os aspectos geográficos de cada território a fim de facilitar o acesso da população adstrita. Na prática, muitas vezes esse dado é negligenciado pelos gestores e as unidades de saúde estão inseridas em locais de difícil acesso. Também é comum identificar a utilização de uma mesma estrutura para comportar várias equipes, o que favorece o distanciamento de algumas áreas, dificultando o deslocamento dos pacientes que por vezes, necessitam utilizar transporte público para chegar à unidade.

Estudo realizado no Brasil identificou que se a distância da residência do usuário até a unidade de saúde é moderada ou distante, a chance de satisfação sofre uma redução de 32% e 16%, respectivamente (PROTASSIO *et al.*, 2017b). Para Santos *et al.* (2018), o fácil acesso

geográfico é de suma importância na procura pelos serviços de saúde, influenciando na busca pelo atendimento, acompanhamento e tratamento.

Em relação ao horário de atendimento dos profissionais, a maioria mostrou-se satisfeito. No entanto, cabe ressaltar que os dados obtidos nesse estudo apontam para uma menor utilização da atenção básica pela população economicamente ativa, desfavorecendo o acesso igualitário por parte da população.

Evidências na literatura apontam que a satisfação do usuário diminui em cerca de 46% se o horário de operação da unidade de saúde não atender as necessidades dos usuários (PROTASSIO *et al.*, 2017b).

A facilidade de agendar consultas, o acesso no agravamento de saúde e o tempo de espera para atendimento foram apontados como insatisfatórios por mais de 50% dos usuários entrevistados. Considerando que as unidades de saúde da família devem atender a uma população residente em território delimitado e sob a responsabilidade sanitária da equipe de saúde, far-se-á preciso repensar o planejamento das ações e serviços necessários para atender as peculiaridades da população adstrita. Para isso, deve se realizar regularmente o monitoramento dos principais indicadores de saúde da área e incluir as vulnerabilidades na discussão do processo de trabalho dos profissionais, a fim de garantir uma assistência de qualidade com facilidade de acesso, atendimento eficaz e oportuno.

Estudo realizado em uma Clínica Escola identificou a dificuldade de marcação da primeira consulta como a principal reclamação mencionada pelos pacientes (GABE *et al.*, 2018). Para Bordin *et al.* (2017), a dificuldade para agendar a consulta está relacionada, dentre outros fatores, à ineficiente organização do fluxo para acolhimento da demanda, o que se caracteriza como importante desafio na busca da integralidade e da resolubilidade da atenção.

Quanto ao fato de não conseguir atendimento sem agendamento prévio, como no caso de agravamento do estado de saúde, pesquisa recente verificou que essa situação diminui a chance de satisfação do usuário em 42% quando comparado àqueles que costumam receber atendimento sem agendamento (PROTASSIO *et al.*, 2017a). Por outro lado, Abreu *et al.* (2018) identificou uma associação positiva entre os usuários que são “sempre escutados” para resolver seus problemas, mesmo sem hora marcada e a percepção de satisfação.

O tempo de espera para atendimento é fator reconhecidamente relacionado com a insatisfação dos usuários (ABREU *et al.*, 2018, LA TORRE MANTILHA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2017; PROTÁSSIO *et al.*, 2017a). Nesse estudo, identificou-se um tempo médio de espera para atendimento bastante variável entre as equipes estudadas, sendo mais prevalente o

período de espera de até sete dias para conseguir a consulta no posto. Fato importante a ser apontado é que 17% dos entrevistados conseguiram atendimento no mesmo dia, o que indica que muitas equipes são sensíveis ao acolhimento adequado da população de forma a reconhecer os casos que necessitam de atendimento prioritário.

Estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2018) no Paraná, identificou que o tempo de espera para atendimento foi o item pior avaliado pelos usuários da atenção básica, com cerca de 61% de desaprovação. Callou Filho *et al.* (2017) e La Torre Mantilha *et al.* (2018) corroborando esses achados, evidenciaram que o tempo de espera para agendamento de consulta/atendimento tem relação direta com a percepção negativa acerca do serviço.

A disponibilidade de medicamentos na atenção primária deve ser entendida como importante aspecto para uma atenção à saúde de qualidade. Como identificado nesse estudo, a maioria dos usuários da atenção básica estão inseridos em famílias de baixa renda e com grande parte de pessoas que se identificam como Do Lar ou desempregadas. O fato de identificar cerca de 60% de usuários insatisfeitos com a dispensação de medicamentos pode apontar falhas no processo de planejamento e distribuição desses insumos na atenção básica, o que resulta em falta de remédios e consequente impossibilidade de iniciar o tratamento medicamentoso em casos agudos e descontinuidade de tratamento para casos crônicos.

Corroborando os achados desse estudo, Gabe *et al.* (2018) verificou importante nível de insatisfação dos usuários quanto ao acesso a medicamentos em uma clínica escola. Por outro lado, pesquisa que avaliou a satisfação do usuário com os serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do Brasil (SOEIRO *et al.*, 2017), identificou 58,4% de usuários satisfeitos com esses serviços. Para esses autores, a satisfação dos usuários quanto ao serviço de assistência farmacêutica na atenção primária sugere que as políticas farmacêuticas implantadas tenham possibilitado a criação de uma rede de serviços capilarizada no que tange as instâncias locais, favorecendo a oferta à população usuária do SUS.

Em relação à dimensão *assistência clínica*, verificou-se um alto nível de satisfação, contemplando mais de 70% de aprovação para todas as categorias estudadas, exceto para o atendimento do ACS.

O atendimento dos profissionais que contemplam as categorias médica e de enfermagem foi responsável pelo mais alto grau de satisfação dessa dimensão. Além disso, os aspectos relacionados ao exame clínico, duração da consulta, realização de procedimentos e resolução das suas necessidades foram muito bem avaliados pelos entrevistados. Isso aponta para uma assistência à saúde que preza pelo atendimento humanizado e favorece o vínculo da

população com a equipe, repercutindo em maiores chances de sucesso na promoção, prevenção e tratamento dos problemas de saúde dos usuários.

Estudos realizados no Brasil e Espanha identificaram um percentual de mais de 80% dos usuários satisfeitos com a atenção da equipe que trabalha nas unidades de atenção primária (CALLOU FILHO *et al.*, 2017; JUAN FARIÑO *et al.*, 2018). Na Argélia, pesquisa identificou uma satisfação de 92,7% para os cuidados de enfermagem na atenção primária e destacou 100% de pacientes satisfeitos quanto aos indicadores: conhecimento, experiência e gentileza por parte dos enfermeiros (AVILA, 2016).

Ao contrário deste estudo, Gabe *et al.* (2018) identificou o tempo de duração da consulta com uma das queixas dos usuários. Por outro lado, estudo realizado com idosos atendidos a nível ambulatorial identificou que 84,2% dos usuários avaliaram positivamente a disponibilidade de tempo da consulta médica para realizarem perguntas ou esclarecimentos (MELO *et al.*, 2017).

Em se tratando da resolução das necessidades dos usuários, os achados desse estudo sugerem um maior comprometimento dos profissionais da atenção básica em buscar respostas efetivas para os problemas de saúde dos pacientes. Cabe ressaltar que a integralidade da assistência está diretamente relacionada à capacidade resolutiva da equipe. Estudo realizado no Brasil (PROTASSIO *et al.*, 2017b) identificou que o fato do usuário resolver seus problemas de saúde na própria unidade foi um dos fatores mais importantes para contemplar a satisfação dos usuários em todas as regiões do território nacional.

Ainda sobre os aspectos relacionados ao atendimento dos profissionais, a dimensão *relação profissional-usuário* apresentou valores elevados de satisfação na maioria das categorias avaliadas com destaque para o tratamento baseado no respeito e confiança por parte dos médicos e enfermeiros. Além disso, cabe ressaltar a avaliação positiva dos usuários quanto à privacidade preservada e confidencialidade das informações.

De uma forma geral, o atendimento pautado no respeito, confiança, privacidade e confidencialidade são propícios ao desenvolvimento de vínculo do profissional com o paciente. Isso favorece a busca pelos serviços de saúde por parte do usuário e impacta positivamente no seguimento adequado dos casos.

Em consonância com os achados desse estudo, Rodrigues *et al.* (2018) identificou uma satisfação relacionada a confiança nos profissionais em mais de 80% dos usuários atendidos na atenção básica. Ademais, estudos realizados com gestantes e idosos identificaram elevado percentual de satisfação de usuários (>80%) que consideraram o tratamento como respeitoso por parte dos profissionais de saúde (MELO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017). Ainda sobre

esses aspectos, pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil (PROTASSIO *et al.*, 2017a) identificou que o fato de sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde é um dos fatores considerados como de maior importância para os usuários.

Para Protassio *et al.* (2017b), ao passo que o indivíduo se sente acolhido pela equipe e encontra abertura para relatar suas necessidades, ocorre o fortalecimento das relações e a construção conjunta do plano terapêutico mais próximo da realidade dos pacientes e conseqüentemente, maiores são as chances de adesão ao tratamento. Em sinergia com essa linha de pensamento, Lucena *et al.* (2018) enfatiza que no encontro profissional-usuário deve ocorrer a aceitação do outro, a empatia, a relação de confiança e a ausência de julgamentos.

Santos *et al.* (2018) chama a atenção para o acolhimento e a receptividade compreendidos como um modo de se relacionar com o usuário, pelo qual se manifesta uma sensação de pertencimento, o que promove a identificação daquele serviço como referência para as suas necessidades de saúde.

Corroborando os achados de outros estudos (DANTAS *et al.*, 2018; HERMIDIA *et al.*, 2019; MELO *et al.*, 2017), a boa avaliação por parte dos entrevistados quanto as categorias privacidade e confidencialidade sugere que os profissionais de saúde têm se empenhado em prestar uma assistência humanizada com base no respeito a intimidade do usuário bem como ao sigilo referente às informações discutidas mediante a consulta.

Por outro lado, existem relatos na literatura que identificaram serviços onde a privacidade nas consultas foi identificada pelos usuários como uma das maiores falhas no atendimento prestado. Dentre as queixas mais comuns, é possível apontar a inexistência de local apropriado para a troca de roupa para a realização de exames e a entrada de outros profissionais no consultório sem solicitar a permissão do paciente durante a realização da consulta ou exame (HOLLANDA *et al.*, 2012; LUCENA *et al.*, 2018, SILVA *et al.*, 2017).

Cabe destacar que aspectos relacionadas a uma comunicação adequada durante a consulta foram muito bem avaliadas nos quesitos escuta e clareza das informações prestadas, em conformidade com a literatura (LUCENA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018).

A comunicação adequada é um importante fator a ser considerado para prestação de um atendimento de qualidade principalmente no que concerne à relação de diálogo com o paciente com vistas à promoção de uma escuta adequada, bem como a oferta de explicações claras a respeito do quadro de saúde e/ou tratamento. Para Protassio *et al.* (2017a), o atendimento deve ter como alicerce uma necessidade crescente de desenvolver uma

comunicação mais aberta entre profissionais e usuários, repercutindo em uma maior qualidade do relacionamento dos atores envolvidos.

A possibilidade de realizar reclamações apresentou baixos níveis de satisfação ao ser avaliada pelos entrevistados, realidade que vem sendo amplamente discutida na literatura nacional e internacional (JUAN FARIÑO *et al.*, 2018; PROTASSIO *et al.*, 2017b; RODRIGUES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2017). Isso gera preocupação, uma vez que os usuários não encontram abertura para expor as suas insatisfações, ou quando a queixa é registrada, muitas vezes não é resolvida, tornando negativa a percepção dos pacientes. Esse fato sugere a falta de comprometimento ético dos profissionais, representado pelo baixo interesse em solucionar as reclamações e reivindicações da população adstrita. Protassio *et al.* (2017a) constatou que o fato do usuário não conseguir registrar uma queixa ou sugestão na unidade de saúde diminui cerca de 22% a chance de satisfação.

Quanto ao *desenvolvimento de atividades comunitárias*, apenas a categoria atividades em grupo alcançou avaliação satisfatória. Chama a atenção o fato de mais de 40% dos entrevistados apresentarem-se insatisfeitos com a atuação dos ACS no que concerne às visitas, orientações e acompanhamento do estado de saúde.

O ACS é reconhecidamente um importante ator no desenvolvimento de ações comunitárias. Ele convive com situações semelhantes aos usuários do serviço, o que possibilita criar uma relação de aproximação com os moradores e compreender a realidade local, favorecendo o conhecimento das questões relativas ao contexto familiar e social de cada um (ANDRADE; CARDOSO, 2017; KEBIAN, 2014).

No entanto, os achados desse estudo sugerem que apenas o vínculo estabelecido com a comunidade não é suficiente para alcançar a satisfação por parte dos usuários. Embora a visita domiciliar perpassa a questão da escuta e do acolhimento, deixa a desejar na frequência com que é realizada e nas orientações fornecidas.

Em se tratando das visitas domiciliares por médicos e enfermeiros, boa parte dos entrevistados mostrou-se satisfeito, embora cerca de 30% desaprovaram esse tipo de atividade. Esse fato também representa uma fragilidade no que diz respeito ao acesso ao serviço de saúde considerando os grupos que apresentam dificuldade de locomoção, como acamados, puérperas, deficientes físicos, dentre outros. É importante repensar o processo de trabalho dos profissionais a fim de garantir o acesso universal ao serviço.

A visita domiciliar é um importante instrumento para o conhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Por meio dessa ação, é possível conhecer o contexto de vida na qual as famílias estão inseridas, seus aspectos sociais,

ambientais, habitacionais, etc. Esse entendimento favorece o planejamento e execução de estratégias assistenciais individualizadas de acordo com a realidade de cada caso.

No entanto, a utilização das visitas domiciliares ainda é incipiente como atividade de promoção a saúde, pois apesar dos profissionais reconhecerem a necessidade de reversão do modelo assistencial, na prática, observa-se que o foco das visitas ainda está voltado para o modelo biologicista (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Conforme relatado na literatura, os principais entraves à realização das visitas domiciliares são: sobrecarga de trabalho dentro da unidade, falta de capacitação dos profissionais, violência e dificuldade de acesso a certos pontos da comunidade (GOMES *et al.*, 2015; KEBIAN, 2014).

Diante do exposto, é importante planejar as visitas domiciliares de forma a estabelecer rotinas diferenciadas conforme risco/estrato social/agravos de forma a instituir prioridades visando aprimorar os serviços ofertados (CUNHA; SÁ, 2013).

Ademais, é imprescindível trabalhar na formação continuada dos profissionais com vistas a discussões sobre subjetividade e intersubjetividade, refletindo sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, o trabalho em equipe, as concepções de família/comunidade, autonomia dos usuários e políticas de saúde (ANDRADE; CARDOSO *et al.*, 2017). Somado a isso, é importante investir em ações que potencializem o trabalho da equipe, como: i) número adequado de indivíduos cadastrados por USF; ii) melhorias nas condições de trabalho; iii) incentivo a valorização profissional e iv) planejamento e implantação de estratégias que favoreçam a promoção de segurança na unidade e em seu entorno.

Em se tratando da Educação em Saúde, esta pode ser considerada como um subsídio eficaz para que os usuários desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente no qual estão inseridos (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Dentre as estratégias utilizadas para promover a educação em saúde, as atividades em grupo são uma importante ferramenta para sistematizar a assistência no que tange a relevância terapêutica ao favorecer a troca de informações e o aprendizado sobre os aspectos relativos à saúde/doença (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Para Araújo *et al.* (2011), o processo de educação perpassa os muros da unidade, atinge casas dos usuários e toda uma população interessada, proporcionando um intercâmbio de informações úteis que geram um ciclo vicioso saudável.

Embora tendo sua importância reconhecida, os grupos são considerados como atividades secundárias, recebendo menor atenção em detrimento das ações individuais ou

burocráticas dos serviços. Isso decorre da manutenção de um sistema atrelado às ações curativas, à atenção individualizada e fragmentada aos usuários e, ao enfoque direcionado a doença (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Carneiro *et al.* (2012) constatou que a maioria das práticas educativas na atenção primária, não utilizam abordagens dialógicas de ensino e, portanto, não são capazes de operar em benefício da autonomia dos sujeitos e da participação social. Como principais dificuldades para a sua realização, podem ser citadas: i) limitação de recursos humanos e materiais; ii) baixa adesão da comunidade e iii) modelo hegemônico centrado na consulta médica (ARAUJO *et al.*, 2011; HEIDEMANN *et al.*, 2014).

Faz-se necessário o investimento e desenvolvimento de atividades comunitárias com o intuito de romper o modelo centrado na doença e avançar nos aspectos que envolvem a promoção à saúde. Para tanto, devem ser promovidas atividades com a participação de toda a equipe de saúde, priorizando o vínculo mais estreito com a comunidade, a inserção das visitas domiciliares como rotina do processo de trabalho e a realização de atividades educativas que forneçam subsídios ao autocuidado e fortaleçam a autonomia dos usuários.

A avaliação da *estrutura física* por sua vez, apresentou um alto nível de insatisfação da população estudada, corroborando estudos anteriores (LUCENA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018, SANTOS *et al.*, 2018). De uma forma geral, as categorias alcançaram cerca de 60% de desaprovação com exceção apenas para os aspectos relacionados à limpeza do ambiente.

A insatisfação dos usuários com a estrutura física pode interferir negativamente nos processos de acolher e atender as demandas da comunidade. Para Lucena *et al.* (2018), o fato de se promover um ambiente de qualidade estimula o processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele território, construindo espaços produtores de saúde, de forma que além de funcionais, proporcionam espaços vivenciais prazerosos.

Dessa forma, os espaços devem ser adequados ao contexto em que a unidade está inserida, levando em consideração o quantitativo de população cadastrada, número de usuários esperados e serviços ofertados, de forma a garantir um atendimento humanizado e acolhedor.



## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO - PROFISSIONAIS

### 7.1 Resultados

Foram entrevistados 81 médicos e 92 enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município em estudo. A grande maioria era do sexo feminino (74,6%), com idade entre 30 e 39 anos (38,6%), sendo 46,8% autodeclarados brancos e 45,7%, pardos (Tabela 10).

Quanto à formação, a maioria realizou o curso de graduação em instituições públicas de ensino (71,7%). Cerca de 75% tem curso de especialização/residência e destes, 70,7% contam com especialização na área de atuação (Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização dos profissionais lotados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	<i>Continua</i>					
	Médicos		Enfermeiros		Profissionais	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	34	42,0	10	10,9	44	25,4
Feminino	47	58,0	82	89,1	129	74,6
Total	81		92		173	
<b>Idade</b>						
20-29	19	23,8	31	34,1	50	29,2
30-39	22	27,5	44	48,4	66	38,6
40-59	17	21,3	16	17,6	33	19,3
≥ 60	22	27,5	0	0,0	22	12,9
Total	80		91		171	
<b>Raça/cor</b>						
Negra	6	7,4	5	5,4	11	6,4
Parda	29	35,8	50	54,3	79	45,7
Branca	44	54,3	37	40,2	81	46,8
Ignorado	2	2,5	0	0,0	2	1,2
Total	81		92		173	
<b>Tipo de instituição de formação</b>						
Pública	64	79,0	60	65,2	124	71,7
Privada	17	21,0	32	34,8	49	28,3
Total	81		92		173	

Tabela 10 - Caracterização dos profissionais lotados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	Conclusão					
	Médicos		Enfermeiros		Profissionais	
	n	%	n	%	n	%
<b>Curso de pós-graduação</b>						
Não realizou	17	21,8	9	9,9	26	15,4
Especialização/Residência	55	70,5	73	80,2	128	75,7
Mestrado	4	5,1	8	8,8	12	7,1
Doutorado	2	2,6	1	1,1	3	1,8
Total	78		91		169	
<b>Especialização na área em que trabalha*</b>						
Sim	43	71,7	56	70,0	99	70,7
Não	17	28,3	24	30,0	41	29,3
Total	60		80		140	

Fonte: A autora

\*Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Medicina da Família

Em se tratando do vínculo, a maioria é efetivo/estatutário (57,3%), e não possui outro(s) vínculo(s) empregatício(s) (59,5%). A maior proporção teve a oportunidade de escolher a unidade de lotação (71,5%) e trabalha há um período médio de 1 a 2 anos no serviço (68,6%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização de vínculo e escolha/tempo de lotação dos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	Continua					
	Médicos		Enfermeiros		Profissionais	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tipo de vínculo</b>						
Efetivo/Estatutário	12	15,2	86	93,5	98	57,3
Não efetivo/estatutário	34	43,0	6	6,5	40	23,4
Programa Mais Médicos	33	41,8	0	0,0	33	19,3
Total	79		92		171	
<b>Possui outro(s) vínculo(s)</b>						
Sim	29	35,8	41	44,6	70	40,5
Não	52	64,2	51	55,4	103	59,5
Total	81		92		173	

Tabela 11: Caracterização de vínculo e escolha/tempo de lotação dos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Conclusão

Variáveis	Médicos		Enfermeiros		Profissionais	
	n	%	n	%	n	%
<b>Escolha de lotação pelos profissionais</b>						
Sim	46	56,8	77	84,6	123	71,5
Não	35	43,2	14	15,4	49	28,5
Total	81		91		172	
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>						
< 1 ano	20	25,0	6	6,5	26	15,1
1 a 2 anos	42	52,5	76	82,6	118	68,6
3 a 9 anos	12	15,0	10	10,9	22	12,8
≥ 10 anos	6	7,5	0	0,0	6	3,5
Total	80		92		172	

Fonte: A autora

Em relação à duração dos atendimentos, 54,3% dos entrevistados afirmaram demorar entre 16 a 29 minutos. Quase 25,0% declararam um tempo de duração igual ou superior a 30 minutos (Tabela 12).

Tabela 12 - Tempo médio\* de duração de consulta de acordo com a formação dos profissionais

	Médicos		Enfermeiros		Profissionais	
	n	%	n	%	n	%
< 10 min	2	2,5	0	0,0	2	1,2
10 a 15 min	29	35,8	5	5,4	34	19,7
16 a 29	43	53,1	51	55,4	94	54,3
≥30	7	8,6	36	39,1	43	24,9
Total	81		92		173	

Fonte: A autora

\*Valor referido pelo profissional entrevistado

A análise da avaliação da Satisfação dos profissionais, da Coordenação da informação e da Gestão da clínica apresentou diferenças significativas ( $p = 0,00$ ), sendo que a maior satisfação foi observada na dimensão Coordenação da gestão clínica e a pior recaiu sobre a Coordenação da informação, com apenas 36,8% de profissionais satisfeitos.

Tabela 13 - Avaliação dos profissionais a respeito das dimensões estudadas

<b>Dimensões</b>	<b>Mean Ranking</b>	<b>Respostas</b>	<b>Satisfeito (n)</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Satisfação dos profissionais	1,94	170	78	45,5	X <sup>2</sup> = 88,69 DF = 2 p = 0,000
Coordenação da informação	2,38	128	43	36,8	
Coordenação da gestão clínica	1,68	169	103	61,0	

Fonte: A autora

A dimensão satisfação profissional é organizada em três categorias: Condições estruturais; Disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico e Satisfação pessoal (Tabela 14).

Nas condições estruturais, apenas as subcategorias limpeza do ambiente e limpeza do banheiro alcançaram mais de 50% de profissionais satisfeitos. Por outro lado, a disponibilidade de equipamentos e insumos foi responsável pelo maior nível de insatisfação da categoria com apenas 12,9% de avaliação positiva.

A categoria disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico se caracterizou por mais de 90% de insatisfeitos tanto em relação a avaliação do serviço de imagem quanto ao laboratório de referência.

No que diz respeito à satisfação pessoal, as subcategorias aquisição de experiência e relacionamento com outros profissionais da unidade alcançaram mais de 90% de profissionais satisfeitos. As avaliações da segurança e do salário se apresentaram como os fatores responsáveis pela maior insatisfação dos profissionais com apenas 9,9% e 27,9% de satisfação, respectivamente.

Tabela 14 - Avaliação da satisfação dos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

<i>Continua</i>					
	<b>Satisfação dos profissionais</b>	<b>Mean Ranking</b>	<b>Satisfatório</b>		<b>Respostas</b>
			<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Condições estruturais</b>	Estrutura física	9,9	64	37,0	173
	Quantidade de cadeiras	9,46	78	46,2	169
	Conforto das cadeiras	10,7	54	31,2	173
	Limpeza do ambiente	7,77	109	63,0	173
	Limpeza do banheiro	7,65	110	64,7	170
	Ventilação e temperatura do ambiente	9,27	81	46,8	173
	Conservação dos equipamentos	10,4	55	32,0	172
	Disponibilidade de equipamentos e insumos	12,3	22	12,9	170

X<sup>2</sup> = 835,4  
DF = 17  
p = 0,000

Tabela 14 - Avaliação da satisfação dos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Satisfação dos profissionais		<i>Conclusão</i>			
		Mean Ranking	Satisfatório	Respostas	
<b>Disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico</b>	Avaliação do serviço de imagem	13	10	5,9	169
	Avaliação do serviço ofertado pelo laboratório de referência	13	11	6,9	160
<b>Satisfação pessoal</b>	Condições de trabalho	9,65	70	40,5	173
	Realização profissional	7,34	117	68,0	172
	Aquisição de experiência	5,02	161	93,1	173
	Relacionamento com outros profissionais da unidade	5,15	162	93,6	173
	Reconhecimento profissional	8,46	98	56,6	173
	Salário	11	48	27,9	172
	Estabilidade	8,27	94	56,6	166
	Segurança oferecida na unidade	12,7	17	9,9	172

Fonte: A autora

A dimensão coordenação da informação conta com as subcategorias: Transferência de informação clínica e Utilização da informação.

De uma forma geral, essa dimensão apresentou-se insatisfatória por parte dos profissionais na maioria dos itens avaliados, com exceção apenas para a avaliação da utilização de formulários de referência e a incorporação da contrarreferência na prática clínica.

Em relação aos mecanismos utilizados para transferência de informação entre níveis assistenciais, o recebimento do formulário de contrarreferência contou com 98,8% dos profissionais insatisfeitos. Quanto ao recebimento do resumo de alta hospitalar e uso de telefone, os valores de desaprovação ultrapassaram 80% dos avaliados.

O acesso ágil e oportuno à informação foi apontada como insatisfatória por mais de 80% dos profissionais e o fato das informações da contrarreferência corresponderam ao motivo da referência contou com apenas 34,5% de aprovação dos profissionais (Tabela 15).

Tabela 15: Avaliação da coordenação da informação pelos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Coordenação da informação		Mean Ranking	Satisfatório n	%	Respostas	
<b>Transferência da informação clínica</b>	Utilização de formulário de referência	2,23	157	90,8	173	
	Disponibilidade de mecanismos para transferência de informação	Recebimento de formulário de contrarreferência	5,77	2	1,2	170
		Recebimento de resumo de alta hospitalar	5,17	30	18,0	167
	Uso de telefone para discutir caso com profissionais de outro nível	5,02	27	16,2	167	
	Acesso ágil e oportuno à informação	Recebimento da contrarreferência em tempo útil	5,4	7	11,3	62
		Recebimento do resumo de alta hospitalar em tempo útil	5,32	28	20,0	140
	Conteúdos da informação adequados	Informações da contrarreferência correspondem ao motivo da referência	4,49	20	34,5	58
<b>Utilização da informação</b>	Incorporação na prática clínica	Incorporação da contrarreferência na prática clínica	2,6	48	81,4	59

$X^2 = 185,5$   
 $DF = 7$   
 $p = 0,000$

Fonte: A autora

A dimensão coordenação da gestão clínica foi avaliada de acordo com as categorias: Seguimento adequado do paciente, Acessibilidade entre níveis e Coerência da atenção (Tabela 16).

Na análise das dimensões, a coordenação clínica apresentou o maior nível de aprovação, contando com mais de 50% de profissionais satisfeitos. O seguimento adequado do paciente obteve mais de 70% de aprovação no que tange a existência de um responsável clínico e a consulta de seguimento após a transferência. Por outro lado, mais de 80% dos profissionais se mostraram insatisfeitos com a comunicação com o responsável pela transferência.

A acessibilidade entre níveis apresentou valores discrepantes. O tempo de espera para consulta com profissional da atenção básica alcançou 93,4% de aprovação ao passo que para consulta com especialista apenas 11,7% se mostraram satisfeitos.

A maioria dos profissionais da atenção básica (70%) concorda com o tratamento prescrito pelos especialistas e confia nas habilidades clínicas dos mesmos. Em relação à participação em sessões clínicas conjuntas, mais de 90% dos entrevistados se mostraram insatisfeitos.

A inexistência de duplicação de exames e medicamentos obteve mais de 90% de aprovação. Entretanto, a reconciliação de tratamentos e a utilização de guias de práticas clínicas compartilhadas contaram com 56,6% e 68,6% de profissionais satisfeitos, respectivamente.

Tabela 16 - Avaliação da coordenação da gestão clínica pelos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

*Continua*

Coordenação da gestão clínica		Mean Ranking	Satisfatório		Respostas	
			n	%		
	Existência de um responsável clínico	Reconhecimento do profissional da AB como responsável clínico	4,65	135	79,9	169
<b>Seguimento adequado do paciente</b>	Evidência de comunicação com o responsável pela transferência	Realização de recomendações pelos especialistas aos profissionais da AB	9,2	17	10,1	169
		Realização de consulta pelos profissionais da AB aos especialistas sobre dúvidas no acompanhamento dos casos	8,99	22	12,9	170
	Consulta de seguimento após transferência	Realização de consulta de seguimento na AB após atendimento com especialista	5,11	125	73,1	171
<b>Acessibilidade entre níveis</b>	Provisão da atenção em tempo oportuno	Tempo de espera para consulta com médico da AB	9,42	156	93,4	167
		Tempo de espera para consulta com especialista	4,18	20	11,7	171
<b>Coerência da atenção</b>	Existência de objetivos clínicos compartilhados	Profissional da AB concorda com o tratamento prescrito pelos especialistas	5,24	122	71,8	170
		Profissional da AB confia nas habilidades clínicas dos especialistas	4,98	131	77,1	170
		Participação em sessões clínicas conjuntas entre AB e especialistas	9,16	17	9,9	171

$X^2 = 851,3$   
DF = 12  
p = 0,000

Tabela 16 - Avaliação da coordenação da gestão clínica pelos profissionais que trabalham nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018

Conclusão

Coordenação da gestão clínica			Mean Ranking	Satisfatório		Respostas
				n	%	
<b>Coerência da atenção</b>	Reconciliação de tratamentos	Realização de reconciliação de tratamentos	6	94	56,6	166
	Adequação clínica da transferência do paciente	Utilização de guias de práticas clínicas compartilhadas entre níveis	5,36	116	68,6	169
		Considera exames realizados em outros níveis	9,2	156	90,7	172
	Inexistência de duplicação de exames e medicamentos	Inexistência de contradições/duplicações entre níveis	9,5	160	94,7	169

Fonte: A autora

## 7.2 Discussão

Estudos de satisfação dos profissionais são pouco difundidos na literatura (MARTINS *et al.*, 2015; JESUS *et al.*, 2018). No entanto, avaliar a percepção desse grupo é de suma importância para identificar as principais fragilidades do serviço e entender a repercussão disso na assistência prestada.

Os principais fatores que interferem positivamente na satisfação dos profissionais são elencados na literatura como: i) satisfação dos usuários com a assistência recebida; ii) trabalho em equipe; iii) afinidade com o trabalho; iv) vínculo com outros profissionais da equipe; v) salário e vi) reconhecimento profissional. (ALVES *et al.*, 2018; BRACARENSE *et al.*, 2015; FORTE; PIRES, 2017; GLANZNER *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2015; PINHATTI *et al.*, 2017).

Estudo recente (PEREIRA, 2017) comprovou que o compromisso afetivo com o serviço é o preditor mais significativo de satisfação laboral, ou seja, os profissionais com elevado compromisso afetivo com o trabalho tendem a ter mais entusiasmo com as tarefas diárias e estão mais empenhados com o sucesso da organização.

Por outro lado, um profissional insatisfeito com as condições de trabalho pode ter sua motivação afetada e ao longo do tempo ocasionar o distanciamento dos critérios que elevam a



qualidade do atendimento bem como repercutir negativamente em diversos âmbitos da vida pessoal.

Sob essa ótica e, considerando o trabalho na atenção primária como complexo e exigente, é importante atentar para as questões de saúde e bem estar dos profissionais. Em vista disso, vários pesquisadores têm encontrado dados alarmantes ao estudar essa questão. Lua (2018) identificou prevalência considerável de autoavaliação negativa da saúde por parte dos profissionais e Lima *et al.* (2018) verificou a presença de síndrome de Burnout em mais de 50% dos profissionais que trabalham no nível primário da atenção.

Lorenz e Guiardello (2014) verificaram que quanto menor a percepção de autonomia, mais frequente a exaustão emocional e menos frequente a realização pessoal. Ademais, identificou que quanto menor a percepção de suporte organizacional, menor a satisfação no trabalho e a percepção da qualidade do cuidado.

Na presente investigação, constatou-se uma maior prevalência de profissionais do sexo feminino o que caracteriza a feminilização da força de trabalho na atenção básica assim como encontrado em outros estudos (MARTINS *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Quanto à idade, a maioria apresentou entre 30 e 39 anos. Importante atenção deve ser dada ao fato de que 27,5% dos médicos têm idade igual ou maior que 60 anos. Isso sugere uma maior procura de trabalho por parte dos médicos aposentados no nível primário da atenção. Estudos realizados no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2019) e Portugal (SOUZA *et al.*, 2013) identificaram predomínio de profissionais da categoria médica da AB com idades mais avançadas.

Em se tratando da formação, a maioria estudou em instituições públicas e possui cursos de especialização, dentre os quais, boa proporção tem especialização na área em que trabalha. Dados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais e internacionais (CARNEIRO *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2013) que apontam para uma formação específica, voltada para o trabalho na atenção primária.

A maioria dos enfermeiros possui vínculo efetivo ao contrário da categoria médica, em que boa parte trabalha em regime de contrato ou são oriundos do Programa Mais Médicos. De uma forma geral, a maioria trabalha de 1 a 2 anos na unidade atual, nega vínculo em outros serviços e afirma que teve o direito de escolha de lotação de acordo com interesse pessoal.

Estudo realizado no interior do estado de Pernambuco identificou que 53,4% dos médicos da atenção básica eram dos programas Mais Médicos e PROVAB e que 22,4% eram contratados. Por outro lado, o mesmo estudo comprovou que na capital do estado, 70,6% dos médicos tinham vínculo efetivo (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

O baixo quantitativo de profissionais médicos com vínculo efetivo pode estar relacionado à dificuldade em fixar médicos na atenção primária à saúde. Isso acarreta vínculos frágeis que repercutem em menor qualidade e resolubilidade da assistência prestada.

Para Almeida *et al.* (2018b), a grande rotatividade dos profissionais implica em constantes esforços de capacitação para funcionamento da rede e sugere a implementação de tecnologias de informação e comunicação a fim de disponibilizar guias de prática clínica, mapas de derivação, fluxos e protocolos clínicos com o intuito de minimizar as dificuldades quanto à coordenação informacional.

No que tange a duração das consultas, os profissionais disponibilizam de 16 a 29 minutos por pacientes, sendo a categoria de enfermagem a responsável por um atendimento que dedica maior tempo para os usuários. Esse fato pode estar relacionado ao maior investimento dessa categoria em escuta qualificada e atendimento humanizado. Estudo realizado com a categoria (FORTE; PIRES, 2017) apontou que os profissionais de enfermagem se esforçam para fazer o melhor, dispõem energia e amor pelo que fazem, criando um ambiente propício para o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Entre as dimensões estudadas, a Coordenação da Gestão Clínica apresentou a melhor avaliação por parte dos médicos e enfermeiros da atenção básica. Por outro lado, a Satisfação dos Profissionais e a Coordenação da Informação se mostraram bem aquém do esperado pela grande maioria dos entrevistados.

As condições estruturais apresentaram baixos valores de satisfação em todos os itens avaliados, sendo os piores relacionados à disponibilidade de equipamentos e insumos, conforto das cadeiras e conservação dos equipamentos. Isso denota a falta de interesse da gestão em investir na ambiência das unidades de saúde, bem como na disponibilidade de insumos necessários ao atendimento de qualidade, o que compromete o bom desempenho das equipes e sua autonomia gerencial.

Essa realidade foi encontrada em outros estudos no Brasil que identificaram insuficiência e descontinuidade na oferta de insumos e inadequação da estrutura física das unidades de atenção básica (ALMEIDA, 2016; FORTE; PIRES, 2017; SOUZA *et al.*, 2013). Realidade diferente é encontrada em outros países como é o caso de Portugal que investem em estrutura apropriada com instalações físicas de boa qualidade arquitetônica, espaços bem definidos, equipamentos básicos e materiais de consumo em situação adequada, com manutenção e abastecimentos regulares (SOUZA *et al.*, 2013).

A disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico apresentou os maiores níveis de desaprovação com mais de 90% de profissionais insatisfeitos com os serviços de imagem e

laboratório. Dado preocupante, uma vez que os serviços de apoio diagnósticos são de extrema importância para planejamento de condutas e seguimento adequado dos usuários. Em consonância com esse estudo, Gabe *et al.* (2018) identificou a dificuldade de acesso aos exames diagnósticos como uma das principais insatisfações dos usuários.

A demora na realização e/ou recebimento dos resultados dos exames, repercute diretamente sobre o tempo dispendido até a tomada de decisões pelos profissionais da atenção básica, levando a dificuldade de manejo de casos, atraso no início do tratamento bem como da avaliação de efetividade de planos terapêuticos indicados, podendo ocasionar o surgimento de complicações e conseqüente agravamento no quadro clínico do usuário.

Os entrevistados apresentaram altos níveis de satisfação quanto ao relacionamento com outros profissionais da unidade e aquisição de experiência. Entretanto, as piores avaliações recaíram sobre a satisfação com a segurança da unidade e o salário.

O bom relacionamento entre as diferentes categorias profissionais é fator indispensável para uma assistência de qualidade na atenção básica, uma vez que a colaboração mútua, a troca de experiências e a comunicação eficaz favorecem a atuação desses atores nos complexos processos de cuidar.

Lima *et al.* (2014) destaca que o trabalho realizado em equipe, com compartilhamento de objetivos e soma de esforços para o trabalho em conjunto, aumentam a eficácia do atendimento e contribuem para a satisfação no trabalho. Glanzner *et al.* (2017) afirma que para além de um trabalho coletivo, as equipes de saúde da família são desafiadas a horizontalidade das relações interprofissionais e reconhecimento da complementariedade dos conhecimentos e campos de atuação na busca pela oferta qualificada de serviços de promoção e prevenção à saúde da população.

A falta de segurança nas unidades gera desconforto tanto para profissionais quanto para os usuários do serviço. O medo se torna presente dificultando as atividades laborais e impactando na qualidade do atendimento prestado. Em sinergia com esses achados, Bracarense *et al.* (2015) destaca que a maioria das unidades de saúde estão localizadas em ambientes com altos índices de violência e que em alguns casos os profissionais ficam expostos a situações de perigo iminente.

Na literatura nacional e internacional o salário tem se destacado como importante fator de insatisfação entre os profissionais (ALVES *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2016; FORTE; PIRES, 2017; MARTINS *et al.*, 2015; PEREIRA, 2017; PINTO *et al.*, 2014). A remuneração é uma importante condição que influencia na qualidade de vida no trabalho e repercute na motivação em prestar uma assistência de qualidade.

Bracarense *et al.* (2015) identificou que os profissionais defendem um salário compatível com as funções desempenhadas e uma necessidade de melhor distribuição da renda, visto que há discrepância considerável entre os salários pagos a diferentes categorias de profissionais que atuam na atenção básica.

Um trabalho de qualidade é facilmente reconhecido por usuários e gestores. O reconhecimento profissional resulta do comprometimento e envolvimento ético de médicos e enfermeiros com a assistência prestada no âmbito da saúde pública.

Em contradição aos achados desse estudo, Almeida *et al.* (2011) identificou que médicos e enfermeiros afirmaram que os profissionais da atenção básica não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento que os demais especialistas. Na perspectiva dos entrevistados, esse fato se deve a dois fatores: i) baixa valorização do profissional da atenção básica por seus pares e, ii) formação universitária pouco voltada para a essa área.

A realização profissional pode estar relacionada à escolha em trabalhar na atenção básica, uma vez que a maioria dos profissionais se especializou nessa área o que demonstra afinidade por sua natureza.

Em concordância com os resultados desse estudo, Glanzener *et al.* (2017) identificou a satisfação quanto a realização profissional, de forma que o prazer com o trabalho esteve relacionado a organização do trabalho com vistas a autonomia, liberdade e criatividade. Ademais, reitera que as atividades desenvolvidas devem resultar em entusiasmo pelo objetivo do trabalho ou mesmo pela atividade em si.

Na dimensão Coordenação da Informação, apenas as categorias utilização dos formulários de referência e a incorporação da contrarreferência na prática clínica foram bem avaliadas pelos profissionais. Esse fato aponta para falhas na transferência de informações entre níveis o que fragiliza o processo de coordenação do cuidado.

O encaminhamento do paciente ao nível secundário deve ser precedido de orientações ao paciente e envio de formulário de referência contendo as principais informações do manejo clínico do caso a fim de nortear a avaliação pelo especialista e fornecer subsídios para continuidade da atenção.

No município em análise, os profissionais da atenção básica mostraram a preocupação em utilizar o formulário de referência, assim como corroborado pelos estudos de Almeida *et al.* (2010) e Oliveira *et al.* (2019).

Tão importante quanto a utilização do mecanismo de referência do paciente ao nível secundário é a contrarreferência ao serviço de origem. Por meio de formulário específico, o especialista tem a oportunidade de transferir as informações necessárias ao seguimento

adequado do caso ao profissional da atenção básica. Na prática, essa realidade se mostrou muito aquém do desejado visto que apenas 1,2% dos profissionais avaliaram como satisfatório o recebimento do formulário de contrarreferência.

A deficiente utilização da contrarreferência é recorrentemente discutida na literatura (AGUILERA *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2010; ALELUIA *et al.*, 2017; CARNEIRO *et al.*, 2014) o que aponta para um problema de ordem ampla. Isso gera uma fragmentação no processo de cuidar e fragiliza o papel da atenção básica enquanto coordenadora da rede de serviços.

Estudo realizado recentemente, identificou que alguns especialistas ao receberem o encaminhamento, assumem individualmente a condução do caso de forma que o contato com o profissional da atenção básica ficaria destituído de qualquer utilidade prática, bem como o retorno do paciente ao nível primário (JESUS *et al.*, 2018). Essa questão é inadmissível uma vez que o profissional da atenção básica tem maior vínculo com o paciente, conhece em profundidade seu histórico de saúde e o contexto no qual está inserido e, portanto, é considerado o principal responsável clínico pelo caso, independente dos níveis assistenciais pelos quais o indivíduo percorreu. Além disso, no momento em que surgem dúvidas no processo de cuidar ou agravamento do quadro clínico, o profissional da atenção básica é o primeiro a atender o usuário, tanto pela proximidade com a sua residência quanto pela maior facilidade de acesso.

Reconhecendo a importância de entender as condutas do especialista, alguns profissionais da atenção básica buscam informações sobre o atendimento no segundo nível com os próprios pacientes que acabam se tornando a principal fonte de informações (CARNEIRO *et al.*, 2014; ROVER *et al.*, 2016).

Outro aspecto importante a ser considerado diante da deficiência no processo de contrarreferência é o uso do telefone como mecanismo informal de transferência de informações entre níveis. Por meio dele, alguns profissionais da atenção básica conseguem contato direto com os especialistas a fim de discutir casos e colaborarem mutuamente na sua condução. Embora válido, esse mecanismo foi identificado como satisfatório por pequena parcela dos entrevistados.

O presente estudo verificou que, mesmo pouco utilizada, quando a contrarreferência é transferida, a maioria dos profissionais da atenção básica incorpora as informações recebidas na prática clínica. Isso favorece a continuidade do cuidado e o adequado alcance da coordenação da informação, resultando em um cuidado integral e resolutivo.

O resumo de alta hospitalar é outro importante mecanismo de transferência de informações entre níveis assistenciais. Os achados da presente investigação apontam para um déficit na utilização desse instrumento bem como do seu recebimento em tempo útil para tomada de decisões pela equipe da atenção básica. É através desse formulário que o profissional do nível primário toma conhecimento sobre as principais informações do período que o usuário esteve internado, como por exemplo: diagnóstico, resultados de exames, condutas terapêuticas, intercorrências. Na ausência do processo de transferência dessas informações, o seguimento adequado do paciente no pós-alta fica fragilizado o que dificulta o manejo clínico pelo profissional da atenção básica.

Corroborando os dados desse estudo, Almeida (2016) e Oliveira *et al.* (2019) também identificaram um importante déficit na utilização do resumo de alta hospitalar. A ausência de um repasse formal e institucionalizado para a troca de informações entre níveis pode ser o principal entrave para utilização desse mecanismo, recaindo sobre o paciente a responsabilidade de receber e enviar o resumo de alta hospitalar ao profissional da atenção básica (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Ademais, essa situação pode facilitar a falsificação e alterações dos formulários, bem como perda e desvio de informações.

Levando em consideração a análise de todas as dimensões estudadas, a coordenação clínica apresentou o maior nível de aprovação. No entanto, alguns dados apontam importantes aspectos geradores de insatisfação dentre os itens avaliados nessa seção.

A maioria dos entrevistados mostrou-se satisfeito com o reconhecimento do profissional da atenção básica como responsável clínico e a realização de consulta de seguimento no nível primário da atenção após o atendimento com o especialista.

O fato do profissional da atenção básica se reconhecer como responsável clínico pelo acompanhamento dos usuários é de extrema importância para o seguimento adequado do paciente, visto que independente dos níveis de atenção percorridos pelo indivíduo, é o profissional da atenção básica que detém maior conhecimento sobre o quadro clínico, os determinantes e condicionantes relativos ao contexto de vida do paciente e principalmente, o maior vínculo com o usuário e sua família.

Estudo dirigido por Jesus *et al.* (2018) identificou divergência de opinião no reconhecimento do responsável clínico dentro das redes integradas de atenção à saúde de diferentes municípios, uma vez que os entrevistados apresentaram variadas compreensões acerca de quem deveria assumir essa responsabilidade, não se estabelecendo consenso a respeito.

A evidência de comunicação com o responsável pela transferência apresentou altos níveis de insatisfação entre os entrevistados, recaindo a pior avaliação sobre a realização de recomendações pelos especialistas aos profissionais da atenção básica. Esses achados apontam falha no processo de comunicação entre profissionais de diferentes níveis, o que impacta negativamente no seguimento do caso, visto que o profissional da atenção básica não tem acesso às condutas e recomendações dos especialistas, dificultando o manejo dos casos no nível primário.

Corroborando os dados desse estudo, Carneiro *et al.* (2014) verificou a fragilidade no processo de transferências de informações entre níveis ao identificar que a comunicação ocorre de forma unidirecional, já que a maioria dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família afirmou não ter recebido do especialista ou do serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado.

Quanto à acessibilidade entre níveis, observou-se importante discrepância entre a satisfação com tempo de espera para atendimento na atenção básica em relação à atenção especializada, apontando dificuldades de acesso ao segundo nível de atenção.

A demora em conseguir atendimento na atenção especializada é bastante mencionada na literatura (AGUILERA *et al.*, 2013; ALMEIDA, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2018b; BOUSQUAT *et al.*, 2017; JESUS *et al.*, 2018; ROVER *et al.*, 2016). Cabe salientar que a provisão do cuidado em tempo oportuno é deveras importante para uma assistência à saúde de qualidade uma vez que favorece o diagnóstico precoce e a presteza na definição do melhor plano terapêutico. Em consequência disso, as chances de complicações e desfechos negativos são reduzidos consideravelmente.

Como principais entraves para acesso ao nível especializado, podemos apontar (ALMEIDA, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2010; JESUS *et al.*, 2018): i) Desproporção entre oferta e demanda para determinadas especialidades; ii) Encaminhamentos desnecessários gerando sobrecarga de demanda; iii) Restrição imposta aos médicos da atenção básica na solicitação de determinados exames; iv) Oferta de serviços especializados fortemente dependente do setor privado; v) Dificuldade de contratação de alguns especialistas gerando vazios assistenciais e; vi) Contato informal entre profissionais o que oportuniza o acesso desigual, nem sempre orientados por critérios de prioridade clínica.

No Chile (ALMEIDA *et al.*, 2018) as filas de esperas passaram a ser monitoradas de forma sistemática por meio da criação de um repositório nacional, favorecendo a definição de prioridades clínicas para agendamentos.

No Brasil, alguns municípios optaram pelo Sistema Nacional de Regulação – SISREG. Por meio dele é possível conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção a consultas/exames e garantir maior imparcialidade no controle das agendas (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Ao estudar a existência de objetivos clínicos compartilhados entre diferentes níveis assistenciais, identificou-se uma boa avaliação dos profissionais da atenção básica no que diz respeito à confiança nas habilidades clínicas dos especialistas bem como no fato de concordarem com os tratamentos prescritos pelo profissional da atenção secundária. Por outro lado, a participação em sessões clínicas conjuntas entre profissionais de diferentes níveis assistenciais obteve níveis satisfatórios muito aquém do esperado, contando com menos de 10% de aprovação.

As sessões clínicas conjuntas são um importante instrumento para a coordenação da atenção entre níveis. Ela possibilita o encontro entre profissionais da atenção básica e especialistas para discussão de casos, definição de projetos terapêuticos, esclarecimento de dúvidas e conseqüentemente, favorece a cooperação mútua para construção de uma sólida base de linhas de cuidado.

Em consonância com os resultados desse estudo, Oliveira *et al.* (2019) identificou dificuldades na realização de sessões clínicas em duas diferentes redes de atenção. Os profissionais revelaram como principais entraves para sua realização a dificuldade de combinar horários e a baixa adesão dos profissionais médicos.

A realização de reconciliação de tratamentos prescritos por diferentes profissionais foi avaliada satisfatoriamente por cerca de metade dos profissionais. É um fato recorrente a necessidade de encaminhamento a diferentes especialidades para manejo clínico de um mesmo paciente, principalmente devido a elevada prevalência de condições crônicas e comorbidades.

Cabe salientar que muitas vezes as prescrições de diferentes especialistas são similares, mudando apenas a apresentação ou nome comercial do fármaco, levando os pacientes com menor nível de esclarecimento a administração duplicada da droga. Em outros casos, as medicações prescritas por diferentes especialistas podem ter algum processo de interação que pode potencializar, diminuir ou até mesmo comprometer a eficácia do outro. Em consequência disso, pode haver ineficiência do tratamento, comprometendo o estado de saúde do paciente.



Essas consequências indesejáveis podem ser superadas uma vez que o profissional da atenção básica, de posse das informações obtidas por meio da contrarreferência, realiza a reconciliação de tratamentos. Entretanto, como discutido anteriormente na presente investigação e sob o embasamento da literatura, esse mecanismo de transferência de informações ainda se mostra subutilizado, fragilizando esse processo e dificultando a integralidade da assistência.

A utilização de guias de práticas clínicas compartilhadas entre níveis, comumente conhecidas como protocolos assistenciais, mostrou-se satisfatório na avaliação da maioria dos profissionais. Por meio desse mecanismo é possível, dentre outras finalidades, padronizar as condutas clínicas, definir as funções de cada nível do sistema, fluxos de acompanhamento e transferência.

Quanto à utilização, a incipiência na prática clínica é explícita na literatura (ALELUIA *et al.*, 2017; ALMEIDA 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Há evidências que a sua utilização é mais frequente pelos profissionais da atenção básica em detrimento ao nível especializado e que a sua subutilização pode estar associada à deficiência na estrutura dos serviços e ao próprio desconhecimento dos protocolos (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Ainda sobre a coerência da atenção, verificou-se elevados níveis de satisfação em relação à inexistência de duplicação de exames e medicamentos. Cabe salientar que o fato do profissional considerar os exames solicitados por outros profissionais reduz tempo e custos e favorece o estabelecimento de condutas em tempo oportuno. Em contradição a este estudo, Jesus *et al.* (2018) verificou que a duplicação de procedimentos de natureza diagnóstica e terapêutica é um problema bastante recorrente.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do perfil dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Jaboaão dos Guararapes identificou que a maioria são mulheres jovens, que se consideram negras ou pardas, com baixo nível de escolaridade e com filhos. A maioria é casada e se considera Do Lar ou desempregada, constatando uma maior utilização dos serviços por indivíduos que estão fora do mercado de trabalho.

Quanto aos profissionais, a grande maioria era do sexo feminino, com idade entre 30 e 39 anos. A maior proporção realizou o curso de graduação em instituições públicas de ensino e possui curso de especialização/residência. Em se tratando do vínculo, a maioria é efetivo/estatutário, embora a maioria dos médicos apresente vínculo por contrato ou Programa Mais Médicos.

De uma forma geral os usuários apresentaram-se satisfeitos quanto à assistência clínica e o relacionamento com os profissionais de saúde. Por outro lado, importantes aspectos levaram a insatisfação quanto à acessibilidade, desenvolvimento de atividades comunitárias e estrutura física.

Os profissionais apresentaram baixa satisfação no que diz respeito à coordenação da gestão clínica e considerável insatisfação em relação à coordenação da informação e às condições de trabalho e satisfação pessoal.

Ademais, médicos e enfermeiros se mostraram insatisfeitos quanto ao salário, estabilidade, realização/reconhecimento profissional e, sobretudo, quanto ao nível de segurança da unidade. Esses achados apontam para possíveis fatores geradores de desmotivação e adoecimento o que demonstra a necessidade urgente de intervenções nessas áreas por parte dos gestores.

De uma forma geral, a coordenação do cuidado se mostra fragilizada e não se configura pela integração entre os níveis de atenção, com sistemas de apoio e logísticas pouco estruturados para estabelecer efetivamente os fluxos de comunicação e produção social em saúde.

Na avaliação da estrutura, tanto usuários quanto profissionais se mostraram bastantes insatisfeitos com as condições encontradas. Isso prova que os investimentos em infraestrutura estão sendo negligenciados pelos atuais gestores que, supostamente, não entendem a importância em oferecer um ambiente de qualidade tanto para atuação adequada dos profissionais de saúde quanto para a satisfação dos usuários. Uma ambiência adequada é fundamental, uma vez que favorece uma boa organização dos processos de trabalho e atenção

em saúde e estimula, além do bom acolhimento dos usuários, a oferta de um cuidado de melhor qualidade.

Para a maioria dos profissionais, o tempo de espera para conseguir atendimento na própria unidade está adequado. Por outro lado, apenas um terço dos usuários mostraram-se satisfeitos com o tempo de espera para esse atendimento. Esses dados demonstram que os níveis de satisfação para usuários e profissionais estão bem divergentes quanto a essa variável, o que impõe a necessidade de repensar os processos de trabalho da equipe da atenção básica, a fim de otimizar o atendimento aos usuários.

Em se tratando do tempo de espera pra atendimento com especialistas, ambos os entrevistados concordam com as dificuldades de acesso ao segundo nível de atenção, com quase 90% de insatisfação de profissionais e usuários. Cabe ressaltar que esses achados comprovam a fragilidade na acessibilidade à retaguarda especializada, o que compromete a coordenação da atenção e conseqüentemente, impacta sobremaneira de forma negativa na continuidade do cuidado ao paciente.

O acesso a exames especializados foi responsável por altíssimo índice de insatisfação entre profissionais e usuários, o que retrata a necessidade de equalizar a demanda e oferta por esses serviços. Cabe destacar que a demora em realizar exames diagnósticos prejudica o seguimento adequado do paciente uma vez que pode retardar o acesso ao diagnóstico preciso e conseqüentemente dificuldade de manejo e até mesmo agravamento do quadro clínico.

Quanto à duração das consultas, mais da metade dos profissionais entrevistados relataram tempo médio de consulta que variava entre 16 e 29 minutos. Em relação à avaliação dos usuários, o tempo de duração de consulta foi satisfatório para cerca de 75% dos entrevistados. Esses dados apontam para coerência entre o tempo de dispendido pelos profissionais para consulta e a satisfação dos usuários. É importante ressaltar que a grande maioria dos usuários entrevistados mostrou-se satisfeito com o atendimento ofertado por médicos e enfermeiros da atenção básica, principalmente nas categorias de tratamento respeitoso, confiança no profissional, privacidade e comunicação clara. Isso demonstra o quanto os profissionais estão se empenhando em oferecer um atendimento humanizado e de qualidade, mesmo diante das dificuldades estruturais e entraves na coordenação da atenção entre os níveis assistenciais.

Diante do exposto, é primordial investir no fortalecimento da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado. Para tanto, conhecer as perspectivas de usuários e profissionais pode ser considerado um importante subsídio para planejamento de estratégias

efetivas por parte dos gestores a fim de garantir a integralidade da atenção e uma assistência resolutiva e de qualidade.

Sob essa ótica, os achados da presente investigação apontam para necessidade de: i) implementar ações de aproximação entre profissionais da atenção básica e especializada com vistas a fortalecer a qualificação profissional e manejo conjunto de casos; ii) equalizar a oferta/demanda por serviços especializados; iii) fortalecer o sistema de regulação com monitoramento das filas de espera; iv) incentivar o uso dos mecanismos de transferência de informações entre níveis, principalmente a efetivação da contrarreferência e implantação de prontuário eletrônico; v) investir nas condições de infraestrutura e disponibilidade de insumos e medicamentos, bem como na segurança das unidades.

Como possível limitação do estudo pode-se apontar o desenho transversal por dificultar o estabelecimento da relação causal, no entanto, justificasse a sua utilização devido ao fato da pesquisadora não objetivar estabelecer um sentido de retrospectão ou de acompanhamento longitudinal dos pesquisados.

Cabe ressaltar que na avaliação de satisfação dos usuários também pode haver o *viés de gratidão*, sentimento que pode ser aflorado devido à oferta pública do serviço bem como pelo receio de perder a garantia do atendimento em caso de avaliação negativa do serviço. A influência desse tipo de *viés* pode ter sido minimizada pelo esclarecimento por parte do entrevistador acerca dos objetivos da pesquisa e pela garantia do sigilo das informações fornecidas.

Este trabalho não pretende esgotar os esforços em busca da melhoria da assistência à saúde no âmbito do SUS, mas sim, fornecer subsídios para novos estudos com diferentes abordagens a fim de contribuir para uma melhor compreensão desse tema tão complexo.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X. de *et al.*. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 1-10, 2018.
- AGUILERA, S. L. V. U. *et al.*. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, Aug. 2013.
- ALBUQUERQUE, E. C. de. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde do Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP - Recife, PE**. 2010. 87 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- ALELUIA, I. R. S. *et al.*. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, Jun. 2017.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.286-298, fev, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R., GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, P. R.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.50, p. 1-13, 2016.
- ALMEIDA, P. F. *et al.*. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018.
- ALMEIDA, P. F.; OLIVEIRA, S. C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2213-2228, Jul. 2018b.
- ALVES, J., DIGMAYER R. V., BOEIRA, P., BIGHETTI, T., CASTILHOS, E. A satisfação profissional de cirurgiões-dentistas da atenção básica em um município no sul do Brasil com diretrizes municipais de saúde bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v.23, n.2, p. 139-143, 2018.

ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, Itatiba , v. 22, n. 1, p. 87-98, abr. 2017.

ARAUJO, V. S.; DIAS, M. D.; BUSTORFF, L. A. C. V. La instrumentalización de la educación sanitaria en la atención primaria. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. 3, n. 5, p. 7-17, dez. 2011.

ASCEF, B. O. *et al.*. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.51, supl. 2, 2017.

ASSIS, B. C. S. **Satisfação e Sobrecarga de trabalho entre profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ÁVILA, I. P. The level of satisfaction of the population from a family practitioner office with the nursing services. **Revista Cubana de Enfermería**, v.32, n.4, 2016.

AZMI, N.; CHAN, W.K.; GOH, K.L. Evaluation of patient satisfaction of an outpatient gastroscopy service in an Asian tertiary care hospital. **BMC Gastroenterol**, v. 1, n. 96, 2012.

BASTERRA, A. M. *et al.*. Coordinación entre niveles asistenciales. Oviedo: Samfyc, 2000. Disponível em:  
<http://www.samfyc.org/documentos/coordapa.pdf>. Acesso em. 22 fev. 2018.

BATTISTI, G. R.; *et al.*. Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.40, p. 1-8, 2019.

BECERRA-CANALES, B.. Satisfacción de usuarios em consulta externa de hospitales públicos de la región Ica, 2018. **Rev méd panacea** , v.3, p.89-92,2018.

BELTRAN, T. P. **Coordinación entre niveles asistenciales: una propuesta para su evaluación**. **Universitat Pompeu Fabra (UPF)**. 2006. 79f. Dissertação (Máster de Salud Pública). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2006.

BERNHART, M. H.; WIADNYANA, I. G .P.; WIHARDJO, H.; POHAN, I. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 48, p.989-996, 1999.

BORDIN, D; *et al.*. Comparative study of satisfaction of users and health professionals with the public dental servisse. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.151-160, 2017.

BONATO, V. L. Health quality management: improving support to client. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.5, p.319-331, 2011.

BOUSQUAT, A. *et al.*. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, Apr. 2017.

BRACARENSE, C. F. *et al.*. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 542-548, 2015.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V., SILVA, S. S. Práticas de integração ensino-serviço e comunidade: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.37, n.4, p.573-577, 2013.

BRASIL. **Norma operacional básica do sistema único de saúde/ NOB – SUS 96**. Publicado no D.O.U. de 06/11/1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Documento\\_Final\\_da\\_Comissao\\_de\\_Avaliacao\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf). Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa Saúde na Hora. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Evaluation of health's services: conceptual and methodological aspects. Buenos Aires, **Revista digital**, v.14, n.139, dez, 2009.

CALLOU FILHO; *et al.*. Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários no município de Fortaleza-CE. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 339-346, mai/ago 2017.

CARNEIRO, A. C. L. L.; *et al.*. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.2, p.115–20, 2012.

CARNEIRO, M. S. M *et al.*. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 279-295, Oct. 2014.

CARVALHO, A. L .B. *et al.*. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.901-911, 2012

CARREIRO, D. L.; *et al.*. Avaliação da satisfação com a assistência odontológica na perspectiva de usuários brasileiros adultos: análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.4339-4349, 2018.

CHARALAMBOUS, A.; ADAMAKIDOU, T. Escala de satisfação do paciente Risser: um estudo de validação em pacientes com câncer grega. **BMC Nurs.**, Rio de Janeiro, v.11, n.27, pp.124-132, 2012.

CHAN, M. **Address to the 61st World Health Assembly**. Genebra: WHO, mai, 2008.

CHANG, C. S.; CHEN, S.Y.; LAN, Y. T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. **BMC Health Serv Res**, v.13, p. 1-11, 2013.

CHARALAMBOUS, A; ADAMAKIDOU, T. Risser patient satisfaction scale: a validation study in greek cancer patients. **BMC NURS**, v. 11, n. 27, p. 1-8, 2012.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina Rev. **Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.10, supl. 1, p.S15-S27,nov., 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Evaluating the institutionalization of evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 132p. il.

COSTA MENDES, I. A. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, mai/jun, p.447-448, 2004.

COUTINHO, A. F. P.; *et al.* Satisfação dos Pacientes Atendidos no Ambulatório de Educação em Saúde. **Rev Fund Care [Online]**, v.11, n.5, p. 1111-1116, out./dez. 2019.

CUSTODIO VELÁSQUEZ, J.; *et al.* Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del hospital agosto Hernández Mendoza – Es salud - Ica en febrero-marzo del 2017. **Rev méd panacea**, v.6, n.3, p. 111-115, 2017.

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

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Home visits within the Family Health Strategy : the challenges of moving into the territory. **Interface**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.

DANTAS, R. A. N.; *et al.* Evaluation of satisfaction of users assisted by prehospital mobile emergency care servisse. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 191-202, jan/mar. 2018.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Ann Arbor, **Heakth Administration Press**, Michigan, v.1, 1980.



DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114, n.11, p.1115-8, nov. 1990.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Rev Bull.**, v.18, p.356-60, 1992

DIAS, M. P; GIOVANELLA, L. Prontuário eletrônico - uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.2 – Suplemento , Ago., 2013.

DIAS, E. G.; *et al.*. Quality of life in the work of health professionals from a basic health unit. **Rev Cubana Enferm** [Internet], v.32, n. 4, p.126-137, 2016.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiras na Atenção Básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 709-724, dez. 2017.

ESPERIDIÃO, M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M .The satisfaction of the user in health services evaluation: essay on the imposition of problems. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 331-340, out. 2018.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10 (Sup.), p. 303-312, 2005.

ERIKSEN, K.; ROCHESTER, R. P.; HURWITZ, E. L. Symptomatic reactions, clinical outcomes and patient satisfaction associated with upper cervical chiropractic care: a prospective, multicenter, cohort study. **BMC Musculoskelet Disord**, v.12, p. 219, 2011.

FEITOSA *et al.*. Avaliação em Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia Avaliação em Saúde**, [online] v.10, n.30, supl. 2, jul, 2016.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-563, 2006.

FERREIRA, T. L. S.; SOUZA, A. M. G.; MEDEIROS, J. S. S.; ANDRADE, F. B. Evaluation of the attribute coordination of care in childcare services in Primary Health Care. **Revista Ciência Plural**, v.3,n.1, p.98-107, 2017.

FIOCRUZ. Brasil. Projeto – **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde Brasileiro/ PRO-ADESS**. Relatório Final. Rio de Janeiro:2003.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. **Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil**. In: AKERMAN, M; FURTADO, J.P. (Org). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos, 2016.

GABE, M. C. *et al.*. Avaliação do grau de satisfação de pacientes atendidos no serviço de medicina de uma clínica escola. **Arq. Catarin Med**, v.47, n.3, p.146-158, jul/set. 2018.

GARCIA Jr., C.A.S.; *et al.*. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.13, n.40, p.1-12, 2018.

GLANZNER, C. H.; *et al.*. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.38, n.4, p.1-9, 2017.

GASPARINI, M. F.; FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serv. Soc. Soc.** [online], n.117, p.122-141, 2014.

GÉRVAS, J; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **Medicina de Família**. Semergen, v.31, n.9, p.418-23, 2005.

GIL, R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.951-963, mai, 2006.

GIOVANELLA, L. *et al.*. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária a saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GOMES, R; da SILVA, C. M. F.; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E. R. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.789-797, 1999.

GOMES; *et al.*. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.39, n.4, p.470-475, 2015.

GOMES, R; LIMA, V. Princípios para a avaliação nos serviços de saúde. In: SILVA, R.M.; JORGE, M.S.B.; SILVA JUNIOR, A. G. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico]. Fortaleza: EDUECE, 2015.

GOUVEIA, G. C; SOUZA, W.V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1849-1862, 2011.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park; CA: Sage, 1989.

HAI, H. I. E; LAMRINI, M; RAIS, N. Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008. **International Journal for Quality Research**, v.7, n.1, p. 17-30, 2013.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, ago. 2014.

HERMIDA, P. M. V.; *et al.*. Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-048>. Acesso em 20 fev. 2020.

HOFMARCHER, M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination**, OECD Health Working Papers, n. 30, OECD Publishing, Paris, 2007.

HOLLANDA, E.; SIQUEIRA, S. A. V. De; ANDRADE, G. R. B. De; MOLINARO, A.; VAISTMAN, J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.12, p. 3343-3352, 2012.

INFANTES GÓMEZ, F.M. Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. **Rev Peru Med Integrativa**, v.2, n.2, p.133-9. 2017.

JESUS, R. P. F. S *et al.*. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 423-434, abr. 2018.

JOVEN, Z.; GUÁQUETA PARADA, S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. **Av Enferm**, v.37, n.1, p.65-74. 2019.

JUAN FARIÑO; *et al.*. Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de Salud de Milagro. **INSPILIP**, Ecuador, v.2,n.2, 2018.

KANTORSKI, L. P. *et al.*. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface**, Botucatu, v.13, n.31, p.343-355, 2009.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.16, n.1, jan /mar. 2014.

KELLY, S. M.; O'GRADY, K. E.; BROWN, B. S.; MITCHELL, S. G.; SCHWARTZ, R. P. The role of patient satisfaction in methadone treatment. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 36, n.3, p.150-154, mai. 2010.

KVALE, S; **An Introduction to qualitative research interview**. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publications, 1996.

- LA TORRE MANTILLA, A. R.; *et al.*. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultório externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. **Rev Gerenc Polít Salud**, v. 17, n.34, p. 1-10. 2018.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- LIMA, L. *et al.*. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professional. **Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p.17-24, 2014.
- LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 283-304, abr. 2018.
- LIN, Y. K.; LEE, W. C.; KUO, L. C.; CHENG, Y. C.; LIN, C. J.; LIN, H. L.; CHEN, C. W.; LIN, T. Y. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. **Medicina Ética**, v. 14, n. 8, 2013.
- LORENZ, V. R.; GUIRARDELLO, E. B. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.6, p.926-933, Nov.-Dez. 2014.
- LUA, I. *et al.*. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1301-1319, 2018.
- LUCENA, L. N.; *et al.*. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na Estratégia da Saúde da Família no Recife (PE). **Revista Ciência Plural**, [Internet] v.4, n.2, p.21-37,2018.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, s. 1, p. 973-982, 2011.
- MALLET, A. L. R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 15, p. 449-456, set/out. 2005.
- MARTINEZ, D. H. *et al.*. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitários. **Gac Sanit**, v.23, n.4, p.280-286, 2009.
- MARTINS, T. F. *et al.*. Percepção dos profissionais sobre a estratégia saúde da família em um município do interior do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n.4, p. 596-605, Out./Dez., 2015
- MATSUDA, S.; KAWAHARA, S.; OKAZAKI, K.; TASHIRO, Y.; IWAMOTO, Y. Postoperative alignment and ROM affect patient satisfaction after TKA. **Clin Orthop Relat Res**, v. 471, n.1, p.127-133, jan. 2013.

MENDES, E.V.A. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, E.V.A. **Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. il.

MENEZES, E. L. C.; SCHERER, M. D. A; RAMOS, F. R. S. Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 342-352, mai. 2018.

MEIRA, A. L. C. **Avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária à saúde em Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BRRS, 2013, 65 f.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920.

MOHOLKAR, K.; LODHI, Y.; CORRIGAN, J. Implant removal on an outpatient basis. A patient satisfaction survey. **Acta Orthop Belg**, v. 69, n.6, p. 507-509, dez. 2003.

MOROSINI, M. V. G.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde**. In: PEREIRA, I.B. Dicionário de Educação Profissional em saúde. 2ed. Rio de Janeiro:EPSJV, 2008.

NASCIMENTO, J. S.; *et al.*. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza,v.26, n.4, p. 513-522, out./dez. 2013.

NERY, N. G.; MARCELO, V. C.; DANTAS, M. A. A. A satisfação de idosos quanto à Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em Saúde Bucal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [online], v.14, n.1, p. 43-50, 2010.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, Barcelona, v.20, n.6, nov/dic, 2006.

OJEDA FEO J.J. *et al.*. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. **Rev Adm Sanit.**, v.4, n.2, p.357-382,2006.

OLIVEIRA, B. R.G.; LIMA, R. A. G.; **Seguimento dos princípios da atenção básica: coordenação, família como unidade de cuidado e orientação comunitária no cuidado em saúde para crianças menores de cinco anos com problemas respiratórios**. Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais: As políticas nas transações latino-americanas no século XXI: tendências e desafios, Cascavel, out, 2011.

OLIVEIRA, C.R.F. *et al.*. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2019

OPAS/OMS. **Declaração de Alma –Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários em Saúde. 1978.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D; SALES, M. C. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois municípios do Brasil. **Trab. Educ. Saúde** [online], v.14, s.1, p.105-117, 2016.

PEREIRA, I. *et al.*. Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, 2017.

PÉREZ- SERRANO, G. **Investigación cualitativa**. Retos e interrogantes. Madrid: Editorial La Muralla S.A., 1994.

PORTELA, M. C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 259-269, 2000.

PINHATTI, E. D. G.; *et al.*. Influências sociodemográficas e laborais na satisfação profissional de enfermeiros em hospital público. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.25, 2017.

PINTO, I. C.; *et al.*. Análise da satisfação profissional da equipe de enfermagem em uma unidade básica distrital de saúde. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.35, n.4, p.20-27, dez. 2014.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.59, n.4, p.548-51, jul./ago., 2006.

PROTASIO, A. P. L.; *et al.*. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 2, 2017a .

PROTASIO, A. P. L.; *et al.*. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1o ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, Jun. 2017b.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. 2002. Disponível em: [http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf)  
Acesso em: 24 fev. 2020.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Quality in public health services – an assessment of the family health strategy. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.*. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

RODRIGUES, K. Z. *et al.*. Grau de satisfação entre os usuários de uma unidade básica de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Sci Med.**, Porto Alegre, v.28, n.4, p. 1-10, 2018.

ROVER, M. R. M *et al.*. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691-711, Jun. 2016.

SÁNCHEZ, S. D. *et al.*. **Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con enfermedad vascular**. Documento de consenso SEMFYC-SEACV. Resumen ejecutivo. *Aten Primaria*, v.44, n.9, p. 556-561, 2012

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan-mar, 2016.

SANTOS, A. L.; *et al.*. Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v.21, n.2, p. 251 – 258, abr/jun. 2018.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v.7, n.23, p. 69-74, abr/jun,2012

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [online], v.85, p. 65-82, Jun. 2009.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, Nov. 2010.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.3799-3810, 2018.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

SILVA, L. M. V., FORMIGLI, V. L. A. Health Evaluation: Problems and Perspectives. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

SILVA, S. N.; *et al.*. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.3799-3810, 2018.

SOEIRO, O.M.; *et al.*. Satisfação dos usuários com os serviços da assistência farmacêutica na atenção básica nos municípios brasileiros. **Rev Saude Pública**, São Paulo, v.51, supl 2, 2017.

SOUZA, M. B.; *et al.*. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v.33, n.3, p.190-195, 2013.

SOUZA, G. T.; *et al.*. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2015.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**, v.83, n.3, p.457–502, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

SHANG, L; WAILBEL, S; THOMSON, S. **Measuring care coordination: health system and patient perspectives**. Report prepared for Main Association of Austrian Social Security Institutions. London. LSE Health, 2013. 56 p. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_Schang%2C%20L\\_Schang\\_Measuring%20care%20coordination\\_2014.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Schang%2C%20L_Schang_Measuring%20care%20coordination_2014.pdf). Acesso em: 24 fev. 2020.

SOUZA, M.F. **Avaliação da coordenação do cuidado das equipes de atenção básica: uma análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, 2015, 102f.

SOUZA, M. F.; SANTOS, A. F.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; JORGE, A. O.; MACHADO, A.T. G. M.; ANDRADE, G. E. L.; CHERCHIGLIA, M. L. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.51, n.87, 2017.

TANAKA, O.U. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TANG L. The Chinese community patient's life satisfaction, assessment of community medical service, and trust in community health delivery system. **Health Qual Life Outcomes**, v.11, n.18, 2013.

TCHARTCHIAN, G.; GARDANIS, K.; BOJAHR, B.de; WILDE, R.L. Postoperative patient satisfaction after laparoscopic supracervical hysterectomy. **JSLs**, v. 17, n. 1, p. 107-110, jan./mar. 2013.

TRAD, L .A. B; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M; NUNES, M. O estudo etnográfico da satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 581-589, 2002.



VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. . **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

VASQUEZ NAVARRETE *et al.*. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Olinda: Editora Livro Rápido, 2016.

VÁZQUEZ, M. L; VARGAS, I.; UNGER, J. P.; *et al.* **Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different ealthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasiexperimental study protocol**. *BMJ Open*, 2015.

VENTURA, M. M. The Case Study as a Research Mode. **Revista SOCERJ**, v. 20, n.5, p.383-386,set/out, 2007.

VIANA, G. A. P.; OSAKI, M. H.; NISHI, M.; Lower blepharoplasty: would the surgery provide satisfaction to the patient?**Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v.75, n.6, p. 402-406, nov./dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care**. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quality of Care A process for making strategic choices in health systems**. Geneva: OMS, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf). Acesso em: 20 fev. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A- TCLE Usuários



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### - USUÁRIOS -

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Avaliação da assistência à saúde na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Denise da Silva Melo (Telefone para contato: 81-984854656), sendo desenvolvida sob orientação do professor Antônio Mendes.

Se decidir participar da referida pesquisa, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador(a) responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes. Com esta, acredita-se poder contribuir para a compreensão das potencialidades e obstáculos para uma assistência à saúde de qualidade na Atenção Básica do município.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da participação de uma entrevista em que os pesquisadores perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido na Unidade Básica de Saúde que o(a) senhor(a) é atendido(a). O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta ou pessoas durante o grupo. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

**Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.**

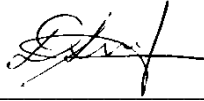
Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.



\_\_\_\_\_  
Denise da Silva Melo  
Pesquisadora responsável – Doutoranda

\_\_\_\_\_  
Entrevistador

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Pesquisadora:** Denise da Silva Melo

**Endereço:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

**E-mail:** [nyyse.ms@gmail.com](mailto:nyyse.ms@gmail.com)

**Telefone:** (81) 98485-4656.

**CÓDIGO:**

## APÊNDICE B- TCLE Profissionais



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS -

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Avaliação da assistência à saúde na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Denise da Silva Melo (Telefone para contato: 81-984854656), sendo desenvolvida sob orientação do professor Antônio Mendes.

Se decidir participar da referida pesquisa, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador(a) responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes. Com esta, acredita-se poder contribuir para a compreensão das potencialidades e obstáculos para uma assistência à saúde de qualidade na Atenção Básica do município.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da preenchimento de um questionário que abordará a sua opinião sobre a assistência à saúde na atenção básica de Jaboatão dos Guararapes. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

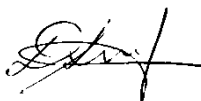
**Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.**

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome completo: \_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.



\_\_\_\_\_  
Denise da Silva Melo  
Pesquisadora responsável – Doutoranda

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Pesquisadora:** Denise da Silva Melo

**Endereço:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

**E-mail:** [nyyse.ms@gmail.com](mailto:nyyse.ms@gmail.com)

**Telefone:** (81) 98485-4656.

**CÓDIGO:**

## APÊNDICE C- Questionário de usuários



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES

**Pesquisa:** Avaliação da assistência à saúde na Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

### QUESTIONÁRIO DE USUÁRIOS

USF:	Regional:
Entrevistador:	Data:
Horário de início:	Horário de término:

Nº do entrevistador	Entrevista com usuário	Nº do usuário	Nº da regional
	U		

### INSTRUÇÕES

Prezado senhor(a), estamos aplicando um questionário de uma pesquisa desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ- PE. A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes. Ela busca identificar os problemas existentes no atendimento da atenção básica e avaliar o atendimento dos profissionais de saúde que o atenderam. Solicitamos, e desde já agradecemos, a sua participação.

<b>Código do questionário</b>	
Data da 1ª digitação	
Data da 2ª digitação	

*Os critérios para a inclusão dos usuários na pesquisa são:*

- a) indivíduos cadastrados e usuários da ESF;*
- b) idade  $\geq$  18 anos;*
- c) ter tido ao menos uma experiência de atendimento na USF nos últimos seis meses.*

## QUESTIONÁRIO – USUÁRIO

Seção 1 - Caracterização dos usuários	
1.1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
1.2. O(a) senhor(a) tem quantos anos? <input type="text"/> Anos	
1.3. Como define sua saúde? (1) Péssima (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Ótima (98) NS/NR	
1.4. Qual a sua raça/cor? (1) Negra (2) Parda (3) Branca (4) Amarelo (5) Indígena	
1.5. Qual a sua escolaridade (até que série estudou)? (1) Sem escolaridade (2) Alfabetizado (3) 1ª fase do fundamental - incompleto (1ª a 5ª série) (4) 1ª fase do fundamental - completo (1ª a 5ª série) (5) 2ª fase do fundamental - incompleto (6ª a 8ª série) (6) 2ª fase do fundamental - completo (6ª a 8ª série) (7) Ensino médio - incompleto (8) Ensino médio - completo (9) Ensino superior - incompleto (10) Ensino superior - completo (11) Pós graduação - incompleta (12) Pós graduação - completa (98) N.S./N.R.	
1.6. Atualmente, qual o seu estado conjugal? (1) Casado/morando junto (2) Viúvo(a) (3) Divorciado/Separado (4) Solteiro (98) NS/NR	
1.7. Quantos filhos senhor(a) tem? <input type="text"/> (98) NS/NR	
1.8. Quantas pessoas vivem na mesma casa com o(a) senhor(a)? <input type="text"/> -> <b>questão 1.8.1</b> (00) Mora sozinho(a) -> <b>pular para a questão 1.9</b> (98) NS/NR -> <b>pular para a questão 1.9</b>  <b>1.8.1 . Dentre as pessoas que moram com o(a) senhor(a), quantos utilizam os serviços do posto?</b> <input type="text"/> (98) NS/NR	
1.9. Atualmente, o(a) senhor(a) se considera: (1) Empregado(a) (2) Desempregado(a) (3) Autônomo(a) (4) Do Lar (5) Estudante (6) Aposentado(a)/Pensionista (7) Afastado(a) (98) NS/NR Outros: _____	
1.10. Qual a renda familiar? R\$ <input type="text"/> (ou) Nº de SM <input type="text"/> (98) NS/NR -> <b>pular para 1.12.</b>	
1.11. Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o(a) senhor(a)? <input type="text"/> (98) NS/NR	
1.12. Quando o(a) senhor(a) tem um problema de saúde, procura esta unidade: (1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR	

Seção 2 - Acessibilidade						
Como o senhor(a) avalia:	Péssi	Rui	Regul	Bo	Ótim	NS/N
	mo	m	ar	m	o	R NA

2.1. Distância da sua casa até esse posto de saúde							
2.2. Facilidade de marcação de consultas nesse posto							
2.3. Os horários de atendimento do médico/enfermeiro							
2.4. Facilidade em ser atendido quando tem algum problema de saúde							
2.5. A disponibilidade de medicamentos							
2.6. O tempo de espera para ser atendido nesse posto							
2.7. O tempo de espera para ser atendido por um médico especialista (cardiologista, endocrinologista, neurologista, etc) após ser encaminhado pelo médico do posto.							
2.8. O tempo de espera para realizar exames especializados como: Raio-X, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Endoscopia, etc							

**2.9. Nos últimos 12 meses, durante quanto tempo, em média, precisou esperar desde que precisou de atendimento até conseguir ser consultado pelo médico deste posto?**

(00) Mesmo dia

DIAS	SEMANAS	MESES
_ _	_ _	_ _

(98) NS/NR

**2.10. Nos últimos 12 meses, precisou realizar exames clínicos ou laboratoriais, como exame de sangue, Raio - X, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Endoscopia?**

(1) Sim -> **questão 2.10.1**

(2) Não -> **pular para a seção 3**

(98) NS/NS -> **pular para a seção 3**

**2.10.1 Geralmente durante quanto tempo tem que esperar até conseguir realizar o exame solicitado?**

	MESMO	DIAS	SEMANA	MESE	NS/NR/NA
a) Exame de sangue					
b) Raio -X					
c) Ultrassonografia					
d) Eletrocardiogram					
e) Endoscopia					

### Seção 3 - Atendimento/ Assistência Clínica

Como o senhor(a) avalia:	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR/NA
3.1. O atendimento prestado pelo médico						
3.2. O atendimento prestado pelo enfermeiro						
3.3. O atendimento prestado pelo técnico de enfermagem						
3.4. O atendimento prestado pelo recepcionista						



3.5.O atendimento prestado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)							
3.6.A realização de procedimentos no posto como: aferição de pressão arterial, medição da glicose (HGT), vacinação, troca de curativos, retirada de pontos.							
3.7.A forma como os profissionais do posto ( <i>médico e enfermeiro</i> ) escutam suas queixas e dúvidas							
3.8.A forma como os profissionais do posto ( <i>médico e enfermeiro</i> ) lhe examinam de forma detalhada e cuidadosa							
3.9.O tempo de duração da consulta							
3.10.A forma como os profissionais do posto ( <i>médico e enfermeiro</i> ) resolvem seus problemas de saúde							
3.11.O sigilo nas conversas durante a consulta ( <i>Significa a garantia de que outras pessoas não fiquem sabendo das informações ditas no momento da consulta</i> )							
3.12.A sua confiança no médico que lhe atende							
3.13.A sua confiança no enfermeiro que lhe atende							
3.14.A privacidade no momento de ser examinado ( <i>Significa que o senhor(a) é examinado em local reservado sem a presença de pessoas indesejáveis</i> )							
3.15.A forma como os profissionais ( <i>médico e enfermeiro</i> ) explicam as coisas de uma forma que o senhor(a) entenda. Por exemplo: seu problema de saúde, uso de medicações...							
<b>Como o senhor(a) avalia:</b>	Péssim o	Rui m	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
3.16.A disponibilidade dos profissionais ( <i>médico e enfermeiro</i> ) para atender e dá as orientações quando o(a) senhor(a) precisa. ( <i>Significa que os profissionais lhe atendem sempre que o(a) senhor(a) procura atendimento ou precisa tirar dúvidas</i> )							
3.17.A forma do médico lhe tratar com respeito							
3.18.A forma do enfermeiro lhe tratar com respeito							
3.19.A possibilidade de realizar reclamações quando não está satisfeito com alguma coisa nesse posto de saúde							

#### Seção 4 - Desenvolvimento de atividades comunitárias

<b>Como o senhor(a) avalia:</b>	Péssim o	Rui m	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
4.1.Realização de atividades educativas no posto <i>Ex: palestras</i>							

4.2.Realização de atividades em grupo <i>Ex: Grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de gestantes, grupo de idosos, grupo de jovens</i>							
4.3.A frequência de visitas do seu Agente Comunitário de Saúde (ACS)							
4.4.A forma como seu o ACS orienta a sua família em relação ao uso adequado dos serviços oferecidos no posto.							
4.5.A forma como o seu ACS faz o acompanhamento do estado de saúde da sua família durante as visitas. <i>Ex: estado nutricional, estado vacinal...</i>							
4.6.As visitas do médico para atendimento em casa							
4.7.As visitas do enfermeiro para atendimento em casa							

Seção 5 - Conforto e limpeza do ambiente							
Como o senhor(a) avalia:	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
5.1.A estrutura física da unidade							
5.2.Quantidade de cadeiras							
5.3.Conforto da cadeira							
5.4.Conservação dos equipamentos							
5.5.Limpeza do posto ( <i>sala de espera, consultórios...</i> )							
5.6.Limpeza do banheiro							
5.7.Ventilação e temperatura do posto							

Seção 6 - Satisfação geral											
<b>6.1.De uma forma geral, como avalia o atendimento recebido nesta unidade?</b> (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (6) NS/NR											
<b>6.2.Dê uma nota de 0 a 10 para a sua satisfação com o atendimento recebido neste posto de saúde:</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98 (NS/NR)

## APÊNDICE D- Questionário de profissionais



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES

**Pesquisa:** Avaliação da assistência à saúde na Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

### QUESTIONÁRIO- PROFISSIONAIS

Preenchimento pelo entrevistador:

USF:	Regional:
Entrevistador:	Data:
Horário de início:	Horário de término:

Nº do entrevistador	Entrevista com profissionais (M/E)	Nº do profissional	Nº da regional

### INSTRUÇÕES

Prezado Senhor(a), estamos aplicando um questionário de uma pesquisa desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ- PE. A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes. Por meio desta, pretende-se avaliar a satisfação dos profissionais com as condições de atendimento e trabalho nas unidades de atenção básica, bem como avaliar a coordenação da atenção à saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

O presente instrumento pode ser autoaplicado e, caso deseje, pode solicitar esclarecimento ao pesquisador responsável. Se preferir, o entrevistador estará à disposição para realizar a aplicação do questionário.

#### Favor escolha a opção desejada:

- Aplicação do questionário por entrevistador
- Questionário autoaplicado (assinalar com “x” as respostas)

Código do questionário	
Data da 1ª digitação	
Data da 2ª digitação	

## QUESTIONÁRIO- PROFISSIONAIS

<b>Seção 1 - Caracterização do profissional de saúde</b>	
<b>1.1. Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino	
<b>1.2. Qual a sua idade?</b> <input type="text"/> Anos (98) NS/NR	
<b>1.3. Qual a sua raça/cor?</b> (1) Negra (2) Parda (3) Branca (4) Amarelo (5) Indígena (98) NS/NR	
<b>1.4. Qual a sua formação?</b> (1) Médico(a) (2) Enfermeiro (a)	
<b>1.5. Concluiu a graduação há quanto tempo?</b> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> Meses (98) NS/NR	
<b>1.6. Qual o tipo de instituição em que cursou a graduação?</b> (1) Pública (2) Privada (98) NS/NR	
<b>1.7. O(a) senhor(a) concluiu algum curso de pós graduação?</b> (0) Não -> <i>pule para a questão 1.8</i> (1) Residência/Especialização (2) Mestrado (3) Doutorado (98) NS/NR	
<b>**1.7.1. Possui especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Medicina da família?</b> (1) Sim (2) Não (98) NS/NR	
<b>1.8. Qual o seu <u>tipo de vínculo</u><sup>(7)</sup> com esta unidade?</b> (1) Contrato por prazo determinado (2) Emprego público/estatutário (3) Emprego público celetista (4) Cargo comissionado (5) Contrato por tempo indeterminado (6) PROVAB (7) Programa Mais Médicos Outro, qual? _____ (98) NS/NR	
<b>1.9. Quantas horas trabalha por semana nesta unidade?</b> <input type="text"/> horas semanais	
<b>1.10. Possui vínculo em outra instituição?</b> (1) Não (2) Sim, pública (3) Sim, privada (4) Sim, em consultório particular (5) Sim, pública e privada (6) Sim, pública e em consultório particular (7) Sim, privado e em consultório particular (8) Sim, público, privado e em consultório particular Outro, qual? _____ (98) NS/NR	
<b>1.11. A lotação nesta unidade foi uma opção pessoal do(a) senhor(a)?</b> (1) Sim (2) Não (98) NS/NR	
<b>1.12. Há quanto tempo trabalha nesta unidade?</b> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> Meses (98) NS/NR	
<b>1.13. Quantos pacientes, em média, o(a) senhor(a) atende por hora de trabalho?</b> <input type="text"/> pacientes (98) NS/NR	
<b>1.14. O(a) senhor(a) dispõe de quanto tempo, em média, por consulta?</b> <input type="text"/> minutos (98) NS/NR	

Seção 2 - Conforto e limpeza do ambiente							
Como o(a) senhor(a) avalia:	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
2.1.A estrutura física da unidade							
2.2.Quantidade de cadeiras							
2.3.Conforto das cadeiras							
2.4.Conservação dos equipamentos							
2.5.Limpeza do posto ( <i>sala de espera, consultórios...</i> )							
2.6.Limpeza do banheiro							
2.7.Ventilação e temperatura do posto							

Seção 3 - Condições estruturais e disponibilidade de serviços de apoio							
Como o(a) senhor(a) avalia:	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
3.1. Disponibilidade de equipamentos e insumos de forma suficiente para garantir a qualidade do atendimento. <i>Ex: Estetoscópio, otoscópio, tubo para coleta de sangue, fitas e lancetas para HGT, etc</i>							
<b>Como o(a) senhor(a) avalia:</b>	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
3.2. Serviço de laboratório							
3.3. <u>Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico</u> <sup>(6)</sup> <i>*Diz respeito a uma modalidade de prestação de serviços que utiliza recursos físicos (RX, Ultrassonografia, Ressonância Magnética) para subsidiar o diagnóstico</i>							

Seção 4 - Satisfação profissional							
Como o(a) senhor(a) qualifica:	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NS/NR NA	
4.1. Condições de trabalho desta unidade							
4.2. Grau de satisfação em trabalhar nessa unidade							
4.3. <u>Realização profissional</u> <sup>(4)</sup> decorrente desse trabalho							
4.4. Aquisição de experiência com este trabalho							
4.5. Relacionamento com outros profissionais da unidade							
4.6. Reconhecimento profissional							
4.7. Salário							
4.8. Garantia de <u>estabilidade</u> <sup>(1)</sup> neste serviço							
4.9. Nível de segurança oferecida na unidade							

Seção 5 - Articulação da informação clínica entre os níveis							
Com que frequência:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca	NS/ NR/ NA	
5.1. Utiliza os formulários de referência quando encaminha um paciente a outro nível?							
5.2. Recebe um formulário contrarreferência quando atende um paciente encaminhado por um profissional de							

Pule ->  
P.5.3

outro nível?							
5.2.1. A informação recebida na contrarreferência responde ao motivo da referência?							
5.2.2. Incorpora na sua prática clínica a informação transferida pelo profissional de outro nível de atenção?							
5.2.3. Recebe a contrarreferência em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente?							
5.3. Recebe um resumo de alta hospitalar?							
5.3.1 Recebe o resumo de alta em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente?							
5.4. Utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com profissionais de outro nível de atenção							

Pule ->  
P.5.4

Seção 6 - Articulação da gestão clínica entre níveis –coerência da atenção						
Com que frequência:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca	NS/ NR/ NA
6.1.O(a) senhor(a) repete os exames (laboratoriais/ imagem) que os profissionais dos outros níveis realizaram?						
6.2.O(a) senhor(a) está de acordo com os tratamentos que os profissionais do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes.						
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca	NS/ NR/ NA
6.3.Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que o(a) senhor(a) indica em relação aos tratamentos prescritos pelos especialistas?						
6.4. O(a) senhor(a) confia nas habilidades clínicas dos especialistas que atendem os pacientes que você trata?						
6.5.O(a) senhor(a) realiza a reconciliação de diferentes tratamentos prescritos pelos profissionais de diferentes níveis assistenciais. <i>Ex: reconciliação de medicamentos, orientações terapêuticas, etc)</i>						
6.6. O(a) senhor(a) utiliza guias de práticas clínicas compartilhadas entre profissionais da atenção básica e do nível especializado <i>Ex: protocolos de atendimento, guias de referência e contrarreferência, guias farmacológicos, etc)</i>						

Seção 7 - Articulação da gestão clínica entre níveis – acompanhamento do paciente						
Com que frequência:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca	NS/ NR/ NA
7.1. Os profissionais da atenção básica são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção						

7.2. O paciente realiza uma consulta de acompanhamento com os profissionais da atenção básica depois de ser atendido pelo especialista?							
7.3. Os especialistas fazem recomendações ( <i>diagnóstico, tratamento, outras orientações, etc</i> ) aos profissionais da atenção básica sobre o acompanhamento dos pacientes?							
7.4. Realiza visitas para atendimento domiciliar							
7.5. Os profissionais da atenção básica consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes?							
7.6. Participa de sessões clínicas conjuntas entre profissionais da atenção básica e especialistas?							

### Seção 8 - Articulação da gestão clínica entre níveis – acessibilidade entre níveis de atenção

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca	NS/ NR/ NA
8.1. Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta?						
8.2. Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da atenção básica, espera muito tempo até o dia da consulta?						

### Seção 9 – Opinião geral sobre a articulação entre níveis de atenção

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca	NS/ NR/ NA
9.1. A atenção entre os profissionais da Atenção Básica e os especialistas na rede é articulada?						

### Seção 10 - Satisfação geral

#### 10.1. De uma forma geral, como qualifica o fato de trabalhar nesta unidade?

(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo

(98) NS/NR

#### 10.2. De forma geral, atribua uma nota de 0 a 10 para mensurar o nível de satisfação em trabalhar nesta unidade:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98(NS/NR)
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

**ANEXO A:****ARTIGO: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

HEALTH CARE ASSESSMENT IN BASIC CARE UNDER THE USER'S PERSPECTIVE

Denise da Silva Melo

Gabriella Morais Duarte Miranda

Antônio da Cruz Gouveia Mendes

**RESUMO**

A Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, no entanto, muitos são os obstáculos para o alcance de uma assistência à saúde de qualidade. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes. Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal com abordagem quantitativa. Foram aplicados questionários estruturados a usuários da atenção básica. A amostra foi probabilística totalizando 525 pessoas. Para verificar a existência de diferenças significativas entre as dimensões de satisfação e seus atributos, utilizou-se o Teste de Friedman e todas as análises foram realizadas no SPSS for Windows. Este trabalho atende aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do CNS/CONEP e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE. De uma forma geral os usuários apresentaram-se satisfeitos quanto à assistência clínica e o relacionamento com os profissionais de saúde. Por outro lado, importantes aspectos levaram a insatisfação quanto à acessibilidade, desenvolvimento de atividades comunitárias e estrutura física.

**PALAVRAS - CHAVE:** Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde satisfação do paciente.



## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS), enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro, deve atuar no processo de acolher o usuário promovendo a vinculação e corresponsabilização pelo seu cuidado. No entanto, muitos são os obstáculos para a prestação de uma assistência à saúde de qualidade, problemática esta que reflete negativamente sobre a continuidade do cuidado, integralidade e eficiência do sistema (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Sob essa ótica, a qualidade da atenção prestada pelas Unidades de Saúde é considerada um imperativo técnico e social. A busca pela melhoria da equidade de acesso aos recursos, os altos custos da assistência, bem como os novos anseios da sociedade, estão direcionando os esforços das instituições, tanto particulares como públicas, no sentido de buscar evidências de que os serviços de saúde estão sendo providos eficientemente e que mantêm e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (NERY *et al.*, 2010).

Considerando o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação dos serviços de saúde. Esse tipo de abordagem considera o paciente como sujeito ativo no processo avaliativo e coloca suas opiniões, expectativas e tudo o que ele considera justo ou equânime como elementos legítimos na definição e na mensuração da qualidade da atenção à saúde (HOLLANDA *et al.*, 2012, ALMEIDA *et al.*, 2018).

Em vista disso, estudos de satisfação são considerados estratégicos por permitir sua intervenção em planos e programas, com o intuito de influenciar na melhoria da assistência prestada e subsidiar a construção de um novo aspecto do cuidado (CALLOU FILHO; *et al.*, 2017, SANTOS *et al.*, 2018).

Por conseguinte, essa metodologia conquistou um importante papel no cenário brasileiro por impactar no fortalecimento da participação social na medida em que incorpora os usuários nos processos de planejamento e avaliação dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; VIEIRA, 2018).

Em vista da problemática exposta e da escassez de pesquisas que avaliem a assistência à saúde sob o olhar do usuário (CALLOU FILHO *et al.*, 2017, HERMIDA *et al.*, 2019), este estudo se propôs a analisar a qualidade da assistência prestada na Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes sob a perspectiva de usuários.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa. foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil.

Para calcular a amostra dos usuários foi utilizado o programa OpenEpi na versão 3, considerando 100 equipes de saúde da atenção básica e uma população total de 202.000 pessoas cadastradas nas USF do município (Nota técnica DAB, 2017).

Como parâmetros para este cálculo, tomou-se como referência o percentual de satisfação esperada segundo estudos de Gouveia (2011) que avaliou a satisfação dos usuários com a assistência à saúde no estado de Pernambuco.

Para o cálculo da amostra de unidades a serem pesquisadas, considerou-se uma amostragem aleatória simples do tipo proporcional com um erro amostral de 5%, erro relativo de 20%, hipótese de 65% de satisfação e uma confiabilidade de 95%, sendo assim calculado um tamanho amostral de 40 unidades de saúde que foram distribuídas aleatoriamente por meio de sorteio nas gerências regionais de saúde, considerando a proporção de cada regional com relação ao universo total de equipes.

Em se tratando da amostra de usuários, considerou-se uma amostragem aleatória simples do tipo proporcional com um erro amostral de 5%, efeito de desenho de 1,5 e uma confiabilidade de 95%, sendo assim calculado um tamanho amostral de 525 usuários.

Os critérios para a inclusão dos usuários na pesquisa foram: a) indivíduos cadastrados e usuários da USF do município com idade igual ou superior a 18 anos que estivessem presentes no momento da entrevista e b) ter tido ao menos uma experiência de atendimento na USF nos últimos seis meses. Como critérios de exclusão de usuários, foram considerados: a) sujeitos que se recusassem a participar da pesquisa; b) sujeitos que não se encontrassem em plenas condições mentais para responder satisfatoriamente à entrevista.

O questionário foi elaborado especificamente para os propósitos desta pesquisa, com 58 questões que abordaram: caracterização de usuários e acessibilidade, assistência clínica, relação profissional-usuário, atividades comunitárias, estrutura. As questões relativas à satisfação apresentavam cinco alternativas para julgamento: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo.

As entrevistas foram realizadas na sala de espera das unidades de saúde, todos os dias da semana e nos diferentes turnos de atendimento para garantir a aleatoriedade da participação. A seleção dos indivíduos levou em consideração uma sistemática estabelecida

de acordo com o local em que o usuário estava sentado à espera do atendimento. Todos os assentos foram previamente numerados e no momento da coleta, o entrevistador procedeu a realização de um sorteio aleatório simples para determinar quais assentos participariam da entrevista.

Para mensurar o grau de satisfação dos participantes, sob a hipótese de independência das observações, criou-se uma variável dicotômica, considerando que os atributos péssimo, ruim e regular referiam-se à insatisfação, e bom e ótimo, à satisfação.

Para verificar a existência de diferenças significativas entre as dimensões de insatisfação e seus atributos optou-se pelo Teste de Friedman. Assim, foram apresentados os *means rankings* de satisfação entre os usuários, considerando quanto maior a média, maior a satisfação das participantes.

O estudo é parte dos resultados da tese de doutorado que teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Parecer: 2.652.303).

## **RESULTADOS**

Dentre os 525 usuários entrevistados, a maioria era do sexo feminino (87,4%), com idades que variaram de 18 a maior de 60 anos, com pequena predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (23,9%). A maior prevalência de usuários se autodeclararam negros/pardos (77,0%), casados ou em união estável (67,0 %) e com filhos (média=2,4 filhos).

Quanto à escolaridade, destacaram-se os pacientes que cursaram o ensino fundamental de forma incompleta (38,2%) e os de ensino médio completo (35,3%). Em relação à ocupação, a maioria se declarava Do Lar (27,4%), seguido dos desempregados (26,9%) e empregados/autônomos que representaram 24,4% dos entrevistados (Tabela 1).

Em se tratando da renda, a maioria dos entrevistados (45%) relatou renda familiar de um salário mínimo, entretanto, 162 usuários preferiram não responder a esse questionamento, o que representa cerca de 30% da amostra pesquisada.

Tabela 1: Descrição dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

<b>Caracterização dos usuários</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	66	12,6
Feminino	459	87,4
Total	525	
<b>Idade</b>		
18-19	17	3,2
20-29	125	23,9
30-39	103	19,7
40-49	95	18,1
50-59	100	19,1
≥60	84	16,0
Total	524	
<b>Raça/cor</b>		
Negra/Parda	400	77,0
Branca	111	21,3
Amarela	7	1,3
Indígena	2	0,4
Total	520	
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	15	2,9
Ensino Fundamental incompleto ou equivalente	200	38,2
Ensino Fundamental completo ou equivalente	36	6,9
Ensino Médio incompleto ou equivalente	61	11,6
Ensino Médio completo ou equivalente	185	35,3
Ensino superior incompleto ou equivalente	13	2,5
Ensino superior	14	2,7
Total	524	
<b>Estado conjugal</b>		
Casado/união estável	351	67,0
Solteiro(a)	104	19,8
Viúvo (a)	35	6,7
Divorciado(a)/Separado(a)	34	6,5
Total	524	
<b>Número de filhos</b>		
0	32	6,1
1-2	319	61,1
3-4	134	25,7
≥ 5	37	7,1
Total	522	
<b>Ocupação</b>		
Empregado(a)/Autônomo(a)	128	24,4
Desempregado(a)	141	26,9
Do Lar	144	27,4
Estudante	13	2,5
Aposentado(a)/Pensionista/Em benefício	99	18,8
Total	525	
<b>Renda familiar</b>		
< 1 SM	67	18,5
1 SM	166	45,7
> 1SM e ≤ 2 SM	116	32,0
≥ 3 SM	14	3,9
Total	363	

\*SM: salário mínimo

A análise da satisfação dos usuários apresentou diferenças significativas ( $p = 0,00$ ) entre as dimensões avaliadas, sendo que a *acessibilidade* e a *estrutura* apresentaram os maiores valores de insatisfação. Por outro lado, a *relação profissional-usuário* apresentou o maior quantitativo de usuários satisfeitos (81,8%) (Tabela 2).

Na avaliação da dimensão *acessibilidade*, identificou-se a maior prevalência de insatisfação dos usuários relacionados ao acesso a consulta (88,8%) e exames (90,8%) especializados, bem como ao tempo de espera para atendimento na própria unidade (69,0%). As categorias que apresentaram maior nível de satisfação foram à distância percorrida até ao posto (67,3%) e o horário de atendimento dos profissionais (65,5%)

As categorias relacionadas à dimensão *assistência clínica* apresentaram um nível de satisfação maior que 70%, com exceção apenas para a categoria atendimento do ACS que apresentou 68,2% de usuários satisfeitos.

A maioria das categorias da dimensão *relação profissional- usuário* alcançaram valores maiores que 70% de satisfação com destaque para as categorias: tratamento respeitoso por parte de médicos (93,5%) e enfermeiros (95,8%), e a confiança atribuída aos enfermeiros (90,7%). Entretanto, a possibilidade de realizar reclamações e a presteza no atendimento apresentaram os menores valores de satisfação, 26,5% e 66,0%, respectivamente.

O *desenvolvimento de atividades comunitárias* apresentou valores de satisfação menores que 70% dentre os entrevistados, com exceção apenas para a avaliação das atividades em grupo (72,0%). As categorias diretamente relacionadas à atuação dos ACS apresentaram valores de insatisfação, variando entre 44,9% e 55,7%. Dentre os entrevistados que tiveram experiência com visita domiciliar pelo médico e enfermeiro, mais de 60% se mostraram satisfeitos com esse tipo de atendimento.

A dimensão *estrutura* apresentou valores maiores que 60% de insatisfação dos usuários na maioria das categorias avaliadas. As que geraram maior nível de insatisfação dizem respeito à quantidade/conforto das cadeiras (65,5% e 67,9%), ventilação/temperatura (63%) e a estrutura física da unidade (62,9%). Por outro lado, as categorias, limpeza da unidade e limpeza do banheiro contaram com 40,4% e 45,0% de insatisfeitos, respectivamente.

Tabela 2: Avaliação da satisfação dos usuários atendidos nas USF do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2018.

Dimensões	Mean Ranking	*Respostas	Insatisfeito	%	Satisfeito	%	X <sup>2</sup>
Acessibilidade	3,39	488	293	60,0	195	40,0	
Assistência Clínica	2,41	483	105	21,7	378	78,3	X <sup>2</sup> = 483,7
Relação Profissional-Usuário	2,41	463	84	18,2	378	81,8	DF = 4
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	3,49	321	139	43,3	182	56,7	p = 0,000
Estrutura	3,30	498	292	58,7	206	41,3	
<b>Acessibilidade</b>	<b>341</b>						
Distância percorrida até o posto	3,38	525	172	32,8	353	67,2	
Facilidade de agendamento de consultas	4,47	523	314	60,0	209	40,0	
Horário de atendimento dos profissionais	3,47	521	180	34,5	341	65,5	
Tempo de espera para atendimento	4,79	519	358	69,0	161	31,0	X <sup>2</sup> = 516,5
Acesso no agravamento do estado de saúde	4,28	484	272	56,2	212	43,8	DF = 7
Disponibilidade de medicamentos	4,45	496	296	59,7	200	40,3	p = 0,000
Acesso à consulta especializada	5,56	421	374	88,8	47	11,2	
Acesso a exames especializados	5,6	413	375	90,8	38	9,2	
<b>Assistência Clínica</b>	<b>314</b>						
Atendimento médico	4,3	477	66	13,8	411	86,2	
Atendimento de enfermagem	4,06	434	44	10,1	390	89,9	
Atendimento do técnico de enfermagem	4,15	452	65	14,4	387	85,6	
Atendimento do ACS	4,66	494	157	31,8	337	68,2	X <sup>2</sup> = 96,3
Realização de procedimentos	4,73	452	132	29,2	320	70,8	DF = 7
Exame clínico	4,57	517	107	20,7	410	79,3	p = 0,000
Duração da consulta	4,73	522	127	24,3	395	75,7	
Resolução de suas necessidades	4,8	515	139	27,0	376	73,0	
<b>Relação Profissional-Usuário</b>	<b>222</b>						
Tratamento respeitoso pelo (a) médico (a)	4,82	475	31	6,5	444	93,5	
Tratamento respeitoso pelo (a) enfermeiro (a)	4,45	428	18	4,2	410	95,8	
Escuta do profissional	5,83	518	110	21,2	408	78,8	
Confiança no (a) médico (a)	5,27	470	65	13,8	405	86,2	
Confiança no (a) enfermeiro (a)	4,75	421	39	9,3	382	90,7	X <sup>2</sup> = 504,7
Privacidade	5,33	514	76	14,8	438	85,2	DF = 9
Informações prestadas com clareza	5,24	525	69	13,1	456	86,9	p = 0,000
Confidencialidade das informações	5,15	505	58	11,5	447	88,5	
Possibilidade de realizar reclamações	7,72	294	216	73,5	78	26,5	
Presteza no atendimento	6,44	477	162	34,0	315	66,0	
<b>Desenvolvimento de Atividades Comunitárias</b>	<b>55</b>						
Palestras	3,79	303	95	31,4	208	68,6	
Atividades em grupos	3,6	192	52	27,1	140	72,9	
Visita domiciliar do ACS	4,17	492	274	55,7	218	44,3	X <sup>2</sup> = 10,4
Orientações prestadas pelo ACS	4,05	492	221	44,9	271	55,1	DF = 6
Acompanhamento do estado de saúde pelo ACS	4,05	488	232	47,5	256	52,5	p = 0,111
Visita domiciliar pelo (a) médico (a)*	4,24	136	47	34,6	89	65,4	
Visita domiciliar pelo (a) enfermeiro (a)*	4,11	142	51	35,9	91	64,1	
<b>Estrutura</b>	<b>350</b>						
Estrutura física da unidade	4,12	525	330	62,9	195	37,1	
Quantidade de cadeiras	4,27	522	342	65,5	180	34,5	
Conforto das cadeiras	4,34	523	355	67,9	168	32,1	X <sup>2</sup> = 145,1
Conservação dos equipamentos	4,08	499	309	61,9	190	38,1	DF = 6
Limpeza da unidade	3,42	522	211	40,4	311	59,6	p = 0,000
Limpeza do banheiro	3,55	369	166	45,0	203	55,0	
Ventilação e temperatura	4,25	524	330	63,0	194	37,0	

\*\*A visita domiciliar é direcionada a grupos específicos (acamados, puérperas, usuários com deficiência, etc) e portanto, os resultados obtidos representam os usuários que tiveram experiência com esse tipo de atendimento.

## DISCUSSÃO

A avaliação da assistência à saúde sob a perspectiva do usuário é uma ferramenta de grande importância para identificar as situações que mais impactam positivamente no atendimento ao paciente bem como identificar os principais fatores geradores de insatisfação.

Embora criticada por ser considerada uma metodologia de caráter multidimensional e subjetivo (ESPERIDIÃO; VIEIRA, 2018), a avaliação da satisfação do usuário retrata os seus sentimentos diante do atendimento recebido e, portanto, tem grande valia ao passo que permite subsidiar as adequações necessárias a uma assistência de qualidade por parte dos atores responsáveis pela organização e planejamento do serviço prestado. O olhar do usuário representa o melhor instrumento de avaliação e participação social na busca de um sistema de saúde público de qualidade que se pretende equânime e universal, com vistas a atender as reais necessidades do seu público.

A maioria dos usuários da atenção básica são mulheres jovens (entre 20 e 39 anos de idade), que se consideram negras ou pardas, com baixo nível de escolaridade e com filhos. A maioria é casada e se considera Do Lar ou desempregada, assim como encontrado em outros estudos (ABREU et al., 2018; ASCEF et al., 2017; LUCENA et al., 2018).

A maior procura pelo atendimento por mulheres pode ser explicada pelo fato de elas se preocuparem mais com o estado de saúde e também por serem aquelas que geralmente acompanham filhos e esposos para atendimento. Em detrimento disso, os homens parecem dedicar-se mais às atividades laborais e conseqüentemente deixam as questões de saúde em segundo plano.

Percebeu-se uma maior utilização dos serviços por indivíduos que estão fora do mercado de trabalho. Os usuários que se identificaram como *desempregados*, *Do Lar* e *aposentado/pensionista/em benefício* representam mais de 70% do total de pessoas que foram abordados mediante a utilização do serviço prestado pelas USFs do município em estudo. Esses dados apontam para a maior dificuldade de acesso por parte da população economicamente ativa.

O maior desafio nesse caso é a dificuldade em se trabalhar com estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças nesse grupo. Como consequência, aumentam os casos em que o diagnóstico é tardio, implicando em complicações que requerem um manejo mais complexo e que na maioria das vezes não pode ser resolvido na atenção básica.

Sob essa ótica, esforços têm sido dirigidos para ampliar a oferta de serviços do SUS através do horário estendido de funcionamento das unidades, contemplando o turno noturno, a fim de favorecer a participação dessa classe no cuidado à saúde (BRASIL, 2019).

Corroborando outros estudos (ASCEF et al., 2017; CALLOU FILHO et al., 2017; RODRIGUES et al., 2018), os achados dessa pesquisa apontam para uma maior utilização dos serviços da atenção básica por usuários com baixos níveis de escolaridade e renda familiar.

A baixa escolaridade pode ser considerada um importante entrave para o sucesso das atividades educativas, preventivas e curativas. Entendendo essa particularidade, os profissionais de saúde devem atentar para: i) promoção de atividades educativas com linguagem acessível, lançando mão de ferramentas ilustrativas e o mais próximo da realidade local; ii) Comunicação clara e objetiva durante as consultas, com disponibilidade de tempo para o paciente esclarecer dúvidas e sempre que possível, solicitar ao usuário que reproduza as informações prestadas para avaliar se o entendimento está correto e iii) Estimular a presença dos familiares, principalmente aqueles que com melhor nível de escolaridade no acompanhamento do paciente ao posto, bem como no seguimento dos cuidados em casa.

Em se tratando da renda, pode se aferir que as baixas condições econômicas refletem um importante grau de vulnerabilidade, uma vez que estão intrinsecamente relacionadas às condições de vida da família. Cabe ressaltar que a maioria das famílias residem em moradias com estrutura precária, muitas delas sem saneamento básico, sem acesso à água tratada para consumo e na maioria das vezes com uma série de restrições alimentares. Em vista disso, conhecer o contexto de vida das famílias é de suma importância para uma assistência de saúde de qualidade e para o planejamento de ações efetivas que atendam às necessidades inerentes à população de referência.

Entre as dimensões estudadas, a *assistência clínica* e a *relação profissional – usuário* foram as melhores avaliadas pelos usuários, apresentando mais de 70% de aprovação dentre os entrevistados. Por outro lado, a *acessibilidade*, a *estrutura física* e o *desenvolvimento de atividades comunitárias* contaram com mais de 40% de insatisfação do público alvo.

Em se tratando da *acessibilidade*, nenhuma das categorias avaliadas foi considerada como satisfatória pelos usuários. A alta insatisfação recaiu principalmente sobre o acesso a consultas e exames especializados, o que retrata fragilidade no acesso ao segundo nível de atenção à saúde. Na maioria das vezes, esse fato se deve a uma falta de organização dos serviços de acordo com a oferta e demanda, representada por uma capacidade de atendimento nas unidades especializadas e número de profissionais aquém da necessidade real da



população. Como consequência disso, há longas filas de espera que comprometem o seguimento adequado do paciente e dificultam o tratamento oportuno e a resolubilidade dos casos. Resultados semelhantes foram encontrados por Protássio et al. (2017a) que verificou que a satisfação dos usuários diminui cerca de 26% quando não conseguem agendar consulta para os especialistas e quando não recebem os resultados de exames na unidade.

Embora a distância percorrida até o posto de saúde e o horário de atendimento dos profissionais atinjam cerca de 60% de aprovação, o atendimento na própria unidade foi motivo de grande insatisfação no que tange à facilidade de agendar consultas, acesso no agravamento de saúde, tempo de espera para atendimento e disponibilidade de medicamentos.

A distância da casa do usuário até o posto de saúde é um importante item associado à satisfação dos usuários. Nesse estudo, mais de 30% dos entrevistados estavam insatisfeitos com essa variável. A localização da ESF deve ser planejada considerando os aspectos geográficos de cada território a fim de facilitar o acesso da população adstrita. Na prática, muitas vezes esse dado é negligenciado pelos gestores e as unidades de saúde estão inseridas em locais de difícil acesso. Também é comum identificar a utilização de uma mesma estrutura para comportar várias equipes, o que favorece o distanciamento de algumas áreas, dificultando o deslocamento dos pacientes que por vezes, necessitam utilizar transporte público para chegar à unidade.

Estudo realizado no Brasil identificou que se a distância da residência do usuário até a unidade de saúde é moderada ou distante, a chance de satisfação sofre uma redução de 32% e 16%, respectivamente (PROTASSIO et al., 2017b). Para Santos et al. (2018), o fácil acesso geográfico é de suma importância na procura pelos serviços de saúde, influenciando na busca pelo atendimento, acompanhamento e tratamento.

Em relação ao horário de atendimento dos profissionais, a maioria mostrou-se satisfeito. No entanto, cabe ressaltar que os dados obtidos nesse estudo apontam para uma menor utilização da atenção básica pela população economicamente ativa, desfavorecendo o acesso igualitário por parte da população.

Evidências na literatura apontam que a satisfação do usuário diminui em cerca de 46% se o horário de operação da unidade de saúde não atender as necessidades dos usuários (PROTASSIO et al., 2017b).

A facilidade de agendar consultas, o acesso no agravamento de saúde e o tempo de espera para atendimento foram apontados como insatisfatórios por mais de 50% dos usuários entrevistados. Considerando que as unidades de saúde da família devem atender a uma população residente em território delimitado e sob a responsabilidade sanitária da equipe de

saúde, far-se-á preciso repensar o planejamento das ações e serviços necessários para atender as peculiaridades da população adstrita. Para isso, deve se realizar regularmente o monitoramento dos principais indicadores de saúde da área e incluir as vulnerabilidades na discussão do processo de trabalho dos profissionais, a fim de garantir uma assistência de qualidade com facilidade de acesso, atendimento eficaz e oportuno.

Estudo realizado em uma Clínica Escola identificou a dificuldade de marcação da primeira consulta como a principal reclamação mencionada pelos pacientes (GABE et al., 2018). Para Bordin et al. (2017), a dificuldade para agendar a consulta está relacionada, dentre outros fatores, à ineficiente organização do fluxo para acolhimento da demanda, o que se caracteriza como importante desafio na busca da integralidade e da resolubilidade da atenção.

Quanto ao fato de não conseguir atendimento sem agendamento prévio, como no caso de agravamento do estado de saúde, pesquisa recente verificou que essa situação diminui a chance de satisfação do usuário em 42% quando comparado àqueles que costumam receber atendimento sem agendamento (PROTASSIO et al., 2017a). Por outro lado, Abreu et al. (2018) identificou uma associação positiva entre os usuários que são “sempre escutados” para resolver seus problemas, mesmo sem hora marcada e a percepção de satisfação.

O tempo de espera para atendimento é fator reconhecidamente relacionado com a insatisfação dos usuários (ABREU et al., 2018, LA TORRE MANTILHA et al., 2018; MELO et al., 2017; PROTÁSSIO et al., 2017a). Nesse estudo, identificou-se um tempo médio de espera para atendimento bastante variável entre as equipes estudadas, sendo mais prevalente o período de espera de até sete dias para conseguir a consulta no posto. Fato importante a ser apontado é que 17% dos entrevistados conseguiram atendimento no mesmo dia, o que indica que muitas equipes são sensíveis ao acolhimento adequado da população de forma a reconhecer os casos que necessitam de atendimento prioritário.

Estudo realizado por Rodrigues et al. (2018) no Paraná, identificou que o tempo de espera para atendimento foi o item pior avaliado pelos usuários da atenção básica, com cerca de 61% de desaprovação. Callou Filho et al. (2017) e La Torre Mantilha et al. (2018) corroborando esses achados, evidenciaram que o tempo de espera para agendamento de consulta/atendimento tem relação direta com a percepção negativa acerca do serviço.

A disponibilidade de medicamentos na atenção primária deve ser entendida como importante aspecto para uma atenção à saúde de qualidade. Como identificado nesse estudo, a maioria dos usuários da atenção básica estão inseridos em famílias de baixa renda e com grande parte de pessoas que se identificam como Do Lar ou desempregadas. O fato de identificar cerca de 60% de usuários insatisfeitos com a dispensação de medicamentos pode

apontar falhas no processo de planejamento e distribuição desses insumos na atenção básica, o que resulta em falta de remédios e consequente impossibilidade de iniciar o tratamento medicamentoso em casos agudos e descontinuidade de tratamento para casos crônicos.

Corroborando os achados desse estudo, Gabe et al. (2018) verificou importante nível de insatisfação dos usuários quanto ao acesso a medicamentos em uma clínica escola. Por outro lado, pesquisa que avaliou a satisfação do usuário com os serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do Brasil (SOEIRO et al., 2017), identificou 58,4% de usuários satisfeitos com esses serviços. Para esses autores, a satisfação dos usuários quanto ao serviço de assistência farmacêutica na atenção primária sugere que as políticas farmacêuticas implantadas tenham possibilitado a criação de uma rede de serviços capilarizada no que tange as instâncias locais, favorecendo a oferta à população usuária do SUS.

Em relação à dimensão *assistência clínica*, verificou-se um alto nível de satisfação, contemplando mais de 70% de aprovação para todas as categorias estudadas, exceto para o atendimento do ACS.

O atendimento dos profissionais que contemplam as categorias médica e de enfermagem foi responsável pelo mais alto grau de satisfação dessa dimensão. Além disso, os aspectos relacionados ao exame clínico, duração da consulta, realização de procedimentos e resolução das suas necessidades foram muito bem avaliados pelos entrevistados. Isso aponta para uma assistência à saúde que preza pelo atendimento humanizado e favorece o vínculo da população com a equipe, repercutindo em maiores chances de sucesso na promoção, prevenção e tratamento dos problemas de saúde dos usuários.

Estudos realizado no Brasil e Espanha identificaram um percentual de mais de 80% dos usuários satisfeitos com a atenção da equipe que trabalha nas unidades de atenção primária (CALLOU FILHO et al., 2017; JUAN FARIÑO et al., 2018). Na Argélia, pesquisa identificou uma satisfação de 92,7% para os cuidados de enfermagem na atenção primária e destacou 100% de pacientes satisfeitos quanto aos indicadores: conhecimento, experiência e gentileza por parte dos enfermeiros (AVILA, 2016).

Ao contrário deste estudo, Gabe et al. (2018) identificou o tempo de duração da consulta com uma das queixas dos usuários. Por outro lado, estudo realizado com idosos atendidos a nível ambulatorial identificou que 84,2% dos usuários avaliaram positivamente a disponibilidade de tempo da consulta médica para realizarem perguntas ou esclarecimentos (MELO et al., 2017).

Em se tratando da resolução das necessidades dos usuários, os achados desse estudo sugerem um maior comprometimento dos profissionais da atenção básica em buscar respostas

efetivas para os problemas de saúde dos pacientes. Cabe ressaltar que a integralidade da assistência está diretamente relacionada à capacidade resolutiva da equipe. Estudo realizado no Brasil (PROTASSIO et al., 2017b) identificou que o fato do usuário resolver seus problemas de saúde na própria unidade foi um dos fatores mais importantes para contemplar a satisfação dos usuários em todas as regiões do território nacional.

Ainda sobre os aspectos relacionados ao atendimento dos profissionais, a dimensão *relação profissional-usuário* apresentou valores elevados de satisfação na maioria das categorias avaliadas com destaque para o tratamento baseado no respeito e confiança por parte dos médicos e enfermeiros. Além disso, cabe ressaltar a avaliação positiva dos usuários quanto à privacidade preservada e confidencialidade das informações.

De uma forma geral, o atendimento pautado no respeito, confiança, privacidade e confidencialidade são propícios ao desenvolvimento de vínculo do profissional com o paciente. Isso favorece a busca pelos serviços de saúde por parte do usuário e impacta positivamente no seguimento adequado dos casos.

Em consonância com os achados desse estudo, Rodrigues et al. (2018) identificou uma satisfação relacionada a confiança nos profissionais em mais de 80% dos usuários atendidos na atenção básica. Ademais, estudos realizados com gestantes e idosos identificaram elevado percentual de satisfação de usuários (>80%) que consideraram o tratamento como respeitoso por parte dos profissionais de saúde (MELO et al., 2017; SILVA et al., 2017). Ainda sobre esses aspectos, pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil (PROTASSIO et al., 2017a) identificou que o fato de sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde é um dos fatores considerados como de maior importância para os usuários.

Para Protassio et al. (2017b), ao passo que o indivíduo se sente acolhido pela equipe e encontra abertura para relatar suas necessidades, ocorre o fortalecimento das relações e a construção conjunta do plano terapêutico mais próximo da realidade dos pacientes e conseqüentemente, maiores são as chances de adesão ao tratamento. Em sinergia com essa linha de pensamento, Lucena et al. (2018) enfatiza que no encontro profissional-usuário deve ocorrer a aceitação do outro, a empatia, a relação de confiança e a ausência de julgamentos.

Santos et al. (2018) chama a atenção para o acolhimento e a receptividade compreendidos como um modo de se relacionar com o usuário, pelo qual se manifesta uma sensação de pertencimento, o que promove a identificação daquele serviço como referência para as suas necessidades de saúde.

Corroborando os achados de outros estudos (DANTAS et al., 2018; HERMIDIA et al., 2019; MELO et al., 2017), a boa avaliação por parte dos entrevistados quanto as

categorias privacidade e confidencialidade sugere que os profissionais de saúde têm se empenhado em prestar uma assistência humanizada com base no respeito a intimidade do usuário bem como ao sigilo referente às informações discutidas mediante a consulta.

Por outro lado, existem relatos na literatura que identificaram serviços onde a privacidade nas consultas foi identificada pelos usuários como uma das maiores falhas no atendimento prestado. Dentre as queixas mais comuns, é possível apontar a inexistência de local apropriado para a troca de roupa para a realização de exames e a entrada de outros profissionais no consultório sem solicitar a permissão do paciente durante a realização da consulta ou exame (HOLLANDA et al., 2012; LUCENA et al., 2018, SILVA et al., 2017).

Cabe destacar que aspectos relacionadas a uma comunicação adequada durante a consulta foram muito bem avaliadas nos quesitos escuta e clareza das informações prestadas, em conformidade com a literatura (LUCENA et al., 2018; MELO et al., 2017; RODRIGUES et al., 2018).

A comunicação adequada é um importante fator a ser considerado para prestação de um atendimento de qualidade principalmente no que concerne à relação de diálogo com o paciente com vistas à promoção de uma escuta adequada, bem como a oferta de explicações claras a respeito do quadro de saúde e/ou tratamento. Para Protassio et al. (2017a), o atendimento deve ter como alicerce uma necessidade crescente de desenvolver uma comunicação mais aberta entre profissionais e usuários, repercutindo em uma maior qualidade do relacionamento dos atores envolvidos.

A possibilidade de realizar reclamações apresentou baixos níveis de satisfação ao ser avaliada pelos entrevistados, realidade que vem sendo amplamente discutida na literatura nacional e internacional (JUAN FARIÑO et al., 2018; PROTASSIO et al., 2017b; RODRIGUES et al., 2018; SILVA et al., 2017). Isso gera preocupação, uma vez que os usuários não encontram abertura para expor as suas insatisfações, ou quando a queixa é registrada, muitas vezes não é resolvida, tornando negativa a percepção dos pacientes. Esse fato sugere a falta de comprometimento ético dos profissionais, representado pelo baixo interesse em solucionar as reclamações e reivindicações da população adstrita. Protassio et al. (2017a) constatou que o fato do usuário não conseguir registrar uma queixa ou sugestão na unidade de saúde diminui cerca de 22% a chance de satisfação.

Quanto ao *desenvolvimento de atividades comunitárias*, apenas a categoria atividades em grupo alcançou avaliação satisfatória. Chama a atenção o fato de mais de 40% dos entrevistados apresentarem-se insatisfeitos com a atuação dos ACS no que concerne às visitas, orientações e acompanhamento do estado de saúde.

O ACS é reconhecidamente um importante ator no desenvolvimento de ações comunitárias. Ele convive com situações semelhantes aos usuários do serviço, o que possibilita criar uma relação de aproximação com os moradores e compreender a realidade local, favorecendo o conhecimento das questões relativas ao contexto familiar e social de cada um (ANDRADE; CARDOSO, 2017; KEBIAN, 2014).

No entanto, os achados desse estudo sugerem que apenas o vínculo estabelecido com a comunidade não é suficiente para alcançar a satisfação por parte dos usuários. Embora a visita domiciliar perpassa a questão da escuta e do acolhimento, deixa a desejar na frequência com que é realizada e nas orientações fornecidas.

Em se tratando das visitas domiciliares por médicos e enfermeiros, boa parte dos entrevistados mostrou-se satisfeito, embora cerca de 30% desaprovaram esse tipo de atividade. Esse fato também representa uma fragilidade no que diz respeito ao acesso ao serviço de saúde considerando os grupos que apresentam dificuldade de locomoção, como acamados, puérperas, deficientes físicos, dentre outros. É importante repensar o processo de trabalho dos profissionais a fim de garantir o acesso universal ao serviço.

A visita domiciliar é um importante instrumento para o conhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Por meio dessa ação, é possível conhecer o contexto de vida na qual as famílias estão inseridas, seus aspectos sociais, ambientais, habitacionais, etc. Esse entendimento favorece o planejamento e execução de estratégias assistenciais individualizadas de acordo com a realidade de cada caso.

No entanto, a utilização das visitas domiciliares ainda é incipiente como atividade de promoção a saúde, pois apesar dos profissionais reconhecerem a necessidade de reversão do modelo assistencial, na prática, observa-se que o foco das visitas ainda está voltado para o modelo biologicista (NASCIMENTO et al., 2013).

Conforme relatado na literatura, os principais entraves à realização das visitas domiciliares são: sobrecarga de trabalho dentro da unidade, falta de capacitação dos profissionais, violência e dificuldade de acesso a certos pontos da comunidade (GOMES et al., 2015; KEBIAN, 2014).

Diante do exposto, é importante planejar as visitas domiciliares de forma a estabelecer rotinas diferenciadas conforme risco/estrato social/agravos de forma a instituir prioridades visando aprimorar os serviços ofertados (CUNHA; SÁ, 2013).

Ademais, é imprescindível trabalhar na formação continuada dos profissionais com vistas a discussões sobre subjetividade e intersubjetividade, refletindo sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, o trabalho em equipe, as concepções de

família/comunidade, autonomia dos usuários e políticas de saúde (ANDRADE; CARDOSO et al., 2017). Somado a isso, é importante investir em ações que potencializem o trabalho da equipe, como: i) número adequado de indivíduos cadastrados por USF; ii) melhorias nas condições de trabalho; iii) incentivo a valorização profissional e iv) planejamento e implantação de estratégias que favoreçam a promoção de segurança na unidade e em seu entorno.

Em se tratando da Educação em Saúde, esta pode ser considerada como um subsídio eficaz para que os usuários desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente no qual estão inseridos (ARAUJO et al., 2011).

Dentre as estratégias utilizadas para promover a educação em saúde, as atividades em grupo são uma importante ferramenta para sistematizar a assistência no que tange a relevância terapêutica ao favorecer a troca de informações e o aprendizado sobre os aspectos relativos à saúde/doença (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Para Araújo et al. (2011), o processo de educação perpassa os muros da unidade, atinge casas dos usuários e toda uma população interessada, proporcionando um intercâmbio de informações úteis que geram um ciclo vicioso saudável.

Embora tendo sua importância reconhecida, os grupos são considerados como atividades secundárias, recebendo menor atenção em detrimento das ações individuais ou burocráticas dos serviços. Isso decorre da manutenção de um sistema atrelado às ações curativas, à atenção individualizada e fragmentada aos usuários e, ao enfoque direcionado a doença (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

Carneiro et al. (2012) constatou que a maioria das práticas educativas na atenção primária, não utilizam abordagens dialógicas de ensino e, portanto, não são capazes de operar em benefício da autonomia dos sujeitos e da participação social. Como principais dificuldades para a sua realização, podem ser citadas: i) limitação de recursos humanos e materiais; ii) baixa adesão da comunidade e iii) modelo hegemônico centrado na consulta médica (ARAUJO et al., 2011; HEIDEMANN et al., 2014).

Faz-se necessário o investimento e desenvolvimento de atividades comunitárias com o intuito de romper o modelo centrado na doença e avançar nos aspectos que envolvem a promoção à saúde. Para tanto, devem ser promovidas atividades com a participação de toda a equipe de saúde, priorizando o vínculo mais estreito com a comunidade, a inserção das visitas domiciliares como rotina do processo de trabalho e a realização de atividades educativas que forneçam subsídios ao autocuidado e fortaleçam a autonomia dos usuários.

A avaliação da *estrutura física* por sua vez, apresentou um alto nível de insatisfação da população estudada, corroborando estudos anteriores (LUCENA et al., 2018; SILVA et al., 2018, SANTOS et al., 2018). De uma forma geral, as categorias alcançaram cerca de 60% de desaprovação com exceção apenas para os aspectos relacionados à limpeza do ambiente.

A insatisfação dos usuários com a estrutura física pode interferir negativamente nos processos de acolher e atender as demandas da comunidade. Para Lucena et al. (2018), o fato de se promover um ambiente de qualidade estimula o processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele território, construindo espaços produtores de saúde, de forma que além de funcionais, proporcionam espaços vivenciais prazerosos.

Dessa forma, os espaços devem ser adequados ao contexto em que a unidade está inserida, levando em consideração o quantitativo de população cadastrada, número de usuários esperados e serviços ofertados, de forma a garantir um atendimento humanizado e acolhedor.

Cabe ressaltar que na avaliação de satisfação dos usuários pode haver o *viés de gratidão*, sentimento que pode ser aflorado devido à oferta pública do serviço bem como pelo receio de perder a garantia do atendimento em caso de avaliação negativa do serviço. A influência desse tipo de *viés* pode ter sido minimizada pelo esclarecimento por parte do entrevistador acerca dos objetivos da pesquisa e pela garantia do sigilo das informações fornecidas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A avaliação do perfil dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes identificou que a maioria são mulheres jovens, que se consideram negras ou pardas, com baixo nível de escolaridade e com filhos. A maioria é casada e se considera Do Lar ou desempregada, constatando uma maior utilização dos serviços por indivíduos que estão fora do mercado de trabalho.

De uma forma geral os usuários apresentaram-se satisfeitos quanto à assistência clínica e o relacionamento com os profissionais de saúde. Por outro lado, importantes aspectos levaram a insatisfação quanto à acessibilidade, desenvolvimento de atividades comunitárias e estrutura física.

Isso demonstra o compromisso dos profissionais em buscar um atendimento humanizado e de qualidade que preza pelo vínculo, respeito e confiança, mesmo diante das dificuldades estruturais e de acesso a medicamentos, exames e consultas especializadas.



Diante do exposto, é primordial investir no fortalecimento da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado. Para tanto, conhecer as perspectivas de usuários pode ser considerado um importante subsídio para planejamento de estratégias efetivas por parte dos gestores a fim de garantir a integralidade da atenção e uma assistência resolutiva e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- Abreu DMX de, Araújo LHL de, Reis CMR, Lima AMLD, Santos AF dos; Jorge AO; et al.. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2018; 27(3).
- Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate* 2018; 42(spe1): 244-260.
- Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. *Psico-USF* 2017; 22(1): 87-98.
- Araujo VS, Dias MD, Bustorff LACV. La instrumentalización de la educación sanitaria en la atención primaria. *Rev. Enf. Ref., Coimbra* 2011, 3(5): 7-17.
- Ascef BO, Haddad JPA, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, et al.. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017;51 Supl 2:22s.
- Ávila, IP. The level of satisfaction of the population from a family practitioner office with the nursing services. *Revista Cubana de Enfermería* 2016; 32(4).
- Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba, NA. Comparative study of satisfaction of users and health professionals with the public dental servisse *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(1):151-160.
- Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF de, Martins CL, Mota PHS, et al.. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*,2017; 22(4): 1141-1154
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa Saúde na Hora. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- Callou Filho CR, Machado MFAS, Mesquita CAM, Rocha LK, Rodrigues MVS. Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários no município de Fortaleza-CE. *Revista Saúde e Pesquisa* 2017; 10 (2):339-346.

- Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(2):115–20.
- Cunha MS, Sá MC. Home visits within the Family Health Strategy : the challenges of moving into the territory. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2013; 17 (44): 61-73.
- Dantas RAN, Dantas DV, Nascimento JCP, Sarmento SDG, Oliveira SP de. Evaluation of satisfaction of users assisted by prehospital mobile emergency care servisse. *Saúde debate* 2018; 42 (116): 191-202.
- Donabedian, A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. *Prensa Médica Mexicana*.1984.
- Esperidião MA, Viera da Silva LM. The satisfaction of the user in health services evaluation: essay on the imposition of problems. *Saúde Debate* 2018; 42 (2): 331-340.
- Gabe MC, Rosa AMS da, Garcia LSB, Ambrosio PG, Madeira K. Avaliação do grau de satisfação de pacientes atendidos no serviço de medicina de uma clínica escola. *Arq. Catarin Med*. 2018; 47(3):146-158.
- Gomes MFP, Fracolli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família .*O Mundo da Saúde* 2015;39(4):470-475
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Ciência e Saúde coletiva* 2011; 16 (3):1849-1862.
- Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(8): 3553-3559.
- Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS. Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm [Internet]* 2019; 28.
- Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaistman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(12): 3343-3352.
- Juan Fariño C, Elsa VLF, Gabriela CMA, Paola VDA, Jesus LNM, Guadalupe SJD. Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de Salud de Milagro. *Revista científica INSPILIP* 2018; 2(2): 2-25.
- Kebian LVA , Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2014;16(1):161-9
- Lucena LN, Melo RHV, Rodrigues MP, Andrade FB de, Vilar, RLA, Bosco Filho J. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na Estratégia da Saúde da Família no Recife (PE). *Revista Ciência Plural* 2018; 4(2): 21-37.

La Torre Mantilla AR, Oyola García AE, Quispe Ilanzo MP. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultório externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. Rev Gerenc Polít Salud. 2018; 17(34): 1-10.

Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. Ciênc. saúde coletiva 2011, 16 (1): 973-982.

Melo DS, Martins RD, Jesus RPFS, Samico IC, Santo ACGE do. Avaliação da responsabilidade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. Revista de Saúde Pública 2017; 51(62).

Nascimento JS, Costa LMC, Santos RM dos, Anjos DS dos. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. Rev Bras Promoc Saude 2013; 26(4): 513-522

Nery NG, Marcelo VC, Dantas MAA. A satisfação de idosos quanto à Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em Saúde Bucal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2010; 14 (1): 43-50.

Pedraza DF, Rocha ACD, Sales MC. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois municípios do Brasil. Trab. educ. saúde [online] 2016; 14, suppl.1:105-117.

Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. Cad. Saúde Pública 2017<sup>a</sup>; 33 (2).

Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1o ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Ciênc. saúde coletiva 2017b; 22(6).

Rodrigues KZ, Mattos CFP, Ferreira DA, Koch LFA, Schmitt EJ, Gabardo MCL. Grau de satisfação entre os usuários de uma unidade básica de saúde no estado do Paraná, Brasil. Sci Med.2018; 28(4).

Santos AL, Andrade CJN, Santos MS dos, Silva Neto MF da, Porto TD. Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na Atenção Primária à Saúde. Rev. APS 2018; 21(2): 251 - 258.

Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. Ciência & Saúde Coletiva 2018; 23(11):3799-3810.

Soeiro OM, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, et al.. Satisfação dos usuários com os serviços da assistência farmacêutica na atenção básica nos municípios brasileiros. Rev Saude Publica. 2017; 51 Supl 2:21s.

## ANEXO B: Carta de Anuência



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GABINETE

Anuência nº 07/2018

Jaboatão dos Guararapes, 03 de abril de 2018.

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Denise da Silva Melo, doutoranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ - PE, a realizar a pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL”**, sob a orientação do professor Antônio Mendes.

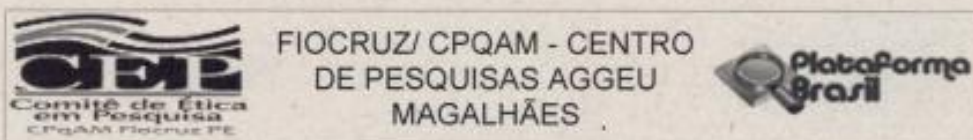
Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos. Assim, devem manter o sigilo dos dados e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município que seja decorrente da participação da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar a Instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, no caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

*Renata Galdino Cabral*  
Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes  
Município de Jaboatão dos Guararapes  
Município de Jaboatão dos Guararapes

*Alberto Luiz Alves de Lima*  
Secretário Municipal de Saúde

## ANEXO C: Parecer CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL

**Pesquisador:** Denise da Silva Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87386118.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.652.303

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso de cunho exploratório, com abordagem quantitativa, qualitativa e triangulação de métodos. Serão aplicados questionários estruturados com usuários e profissionais da atenção básica e realizadas entrevistas com profissionais da gestão municipal. A amostra de usuários foi probabilística totalizando 525 pessoas. Definiu-se trabalhar com o universo de profissionais da atenção básica, excluindo os profissionais que trabalham na unidade de lotação da pesquisadora principal, sendo 100 médicos e 100 enfermeiros. Em relação a avaliação da gestão, decidiu-se entrevistar 04 gestores do nível municipal. Os dados quantitativos serão digitados com dupla entrada no software EPI-INFO versão 3.3.2. Os resultados das variáveis categóricas serão apresentados em formas de tabelas e/ou gráficos com suas respectivas frequências absolutas e relativas. Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas, será utilizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Todas as análises serão realizadas no SPSS para Windows, versão 13.0. A análise qualitativa será realizada a partir da condensação de significados. Em seguida será realizada uma análise por triangulação de métodos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br





FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.652.303

Guararapes.

**Objetivos específicos**

Descrever o perfil de usuários e profissionais da atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes;

Avaliar a satisfação dos usuários atendidos na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes;

Avaliar a satisfação dos profissionais com as condições de atendimento e trabalho nas unidades de atenção básica;

Avaliar a coordenação da atenção sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica;

Avaliar a gestão da assistência prestada na atenção básica do município.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Risco:** Como risco da pesquisa pode haver o constrangimento dos participantes ao responderem ao questionário ou entrevista. Esse risco pode ser amenizado à medida que o entrevistador esclarece as possíveis dúvidas do entrevistado acerca da pesquisa e pela possibilidade de realizar a coleta de informações em local reservado.

**Benefícios:** Não há benefícios diretos aos entrevistados. No entanto como benefícios indiretos, essa pesquisa pode contribuir para a melhoria da assistência em saúde prestada na atenção básica do município em estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um estudo relevante que traz como principal objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada na atenção básica do município de Jaboatão dos Guararapes. Essa pesquisa poderá contribuir para a melhoria da assistência em saúde prestada na atenção básica do município em estudo.

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

Foram apresentadas todas as documentações e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

Não há.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2539 Fax: (81)2101-2539 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.652.303

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

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Da mesma forma, estão anexadas ao sistema CEP/CONEP as devidas declarações e demais documentos em atendimento à RES. CNS 466/12 e complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores.docx	14/05/2018 09:07:48	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1111195.pdf	11/04/2018 15:07:50		Aceito
Outros	declaracao_compromisso.pdf	11/04/2018 15:08:37	Denise da Silva Melo	Aceito
Outros	Carta_anuencia_municipio.pdf	11/04/2018 15:03:48	Denise da Silva Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs_usuario_prof_gestores.pdf	11/04/2018 14:36:27	Denise da Silva Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPDM.pdf	11/04/2018 14:35:45	Denise da Silva Melo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	11/04/2018 14:34:11	Denise da Silva Melo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decpr.pdf	11/04/2018 14:31:35	Denise da Silva Melo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/04/2018 14:30:22	Denise da Silva Melo	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	11/04/2018	Denise da Silva	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br





FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.652.303

Folha de Rosto	FR.pdf	14:30:06	Melo	Aceito
----------------	--------	----------	------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 14 de Maio de 2018

Assinado por:

Janaina Campos de Miranda  
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br