



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SÃO LUÍS-MA.**

SÃO LUÍS

ABRIL - 2014

MARIA DOS REMÉDIOS DA SILVA LIRA

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SÃO LUÍS-MA.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre na Estratégia Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nair Portela Silva
Coutinho

**SÃO LUÍS
ABRIL - 2014**

Lira, Maria dos Remédios da Silva

Avaliação do Acolhimento nas unidades de saúde da família em São Luís. / Maria dos Remédios da Silva Lira. – São Luís, 2014.

98f.

Orientadora: Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

2.Saúde Pública – Acolhimento 3.Saúde Pública – Avaliação I.Título

CDU 614(812.1)

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAUDE DA
FAMILIA EM SÃO LUÍS-MA.**

Maria dos Remédios da Silva Lira

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 10 de Abril de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

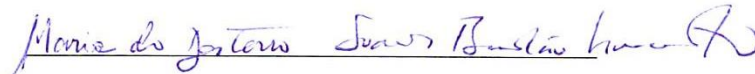
Banca Examinadora:



Profa. Nair Portela Silva Coutinho, Doutora

Presidente

UFMA/RENASF



Profa. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento, Doutora

Primeiro Examinador

UEMA



Profa. Liberata Campos Coimbra, Doutora

Segundo Examinador

UFMA/RENASF

À minha querida mãe, Maria de Lourdes da
Silva Lira

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu infinito amor e generosidade para comigo.

À Universidade Federal do Maranhão e aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família por aceitarem esse desafio de realizar em rede o mestrado. Vocês são desbravadores de um novo caminho para o conhecimento.

À querida coordenadora do Mestrado, Liberata Campos Coimbra, que foi uma incansável colaboradora e incentivadora na construção do atual itinerário acadêmico.

À minha orientadora, Nair Portela Silva Coutinho, por seu carinho, por acreditar no meu trabalho e por seu constante incentivo.

Aos meus pais Maria de Lourdes da Silva Lira e José de Melo Lira, pelo amor incondicional e por me ensinar o que realmente é valioso na vida.

Aos meus irmãos Cosme Lira e Damião Lira, companheiros de uma vida inteira. Eles acreditaram no meu potencial e foram presença amorosa e constante nessa jornada.

Às minhas irmãs Júlia Lira e Socorro Lira, pelo apoio e torcida. Aos meus queridos sobrinhos Bruna, Marta, Mateus, Rodrigo, Maria Clara e a pequenina Ana Luísa pelo carinho contínuo.

Às minhas amigas Walquíria Lemos e Janete Nakatani, pelo companheirismo nessa nossa trajetória e intensa convivência. Vocês foram um alento em meio à ventania.

À querida Monyk Alencar, ter recebido sua amizade foi mesmo um presentão de Deus. Obrigada por sua paciência e pelo tempo investido comigo.

À Secretária de Saúde do Município de São Luís, por permitir a realização dessa pesquisa.

Aos usuários das Unidades de Saúde da Família, aos profissionais de saúde e gestores que aceitaram participar desse estudo contribuindo para a avaliação da saúde pública do município de São Luís.

Aos meus colegas da 1ª turma do Mestrado Renasf/Ufma 2012-2014 pelas ricas trocas e ensinamentos. Foi um imenso prazer ter vivenciado cada instante ao lado de vocês.

À querida Jessica Diniz, que com dedicação e carinho sempre cuidou de nós, do mestrado. Valeu!

“O amor tira proveito de tudo”

(Santa Terezinha do Menino Jesus)

LIRA, Maria dos Remédios da Silva, **Avaliação do acolhimento nas unidades básicas da saúde da família em São Luís-MA, 2014**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 102p.

RESUMO

Atenção Básica deve ser o primeiro contato dos usuários do SUS , considerando-se os princípios de acesso, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização, entre outros. Para a Política de Humanização, o acolhimento é o processo característico das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador da saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o acolhimento nas unidades de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa realizada de janeiro de 2010 a março de 2011 no município de São Luís – MA. A população foi composta por 882 usuários, 80 profissionais de saúde e 32 gestores. Utilizaram-se questionários validados no Brasil a partir dos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Para usuários, o acolhimento obteve o Índice Composto de 3,7 indicando ser insatisfatório, o que revela não acolhimento nos serviços de saúde da atenção básica; para os profissionais de saúde o Índice foi de 4,0 e para os gestores foi de 4,3 explicitando que o acolhimento nas unidades de saúde da família necessita de melhorias. Nas categorias do acolhimento formuladas neste estudo, os sujeitos concordaram que o acesso foi insatisfatório para os usuários, pois os serviços não são resolutivos e a escuta qualificada não acontece, divergindo dos profissionais e gestores. Para o usuário, o vínculo está caracterizado pelo não interesse do serviço sobre suas condições de vida e de sua família (58,5%), enquanto que para os profissionais(36,3%) ocorre sempre o interesse sobre as condições de vida do usuário e para os gestores (50%) concordaram que havia interesse sobre as condições de vida do usuário e família. A pesquisa demonstra que existem fragilidades na garantia dos direitos dos usuários do SUS. É necessário melhorias e fortalecimento do acesso, serviços resolutivos baseados nas necessidades da comunidade, acolhedores com escuta qualificada e fortalecimento dos vínculos com a família.

Palavras-chave: Atenção Básica. Acolhimento. Avaliação em Saúde.

LIRA, Maria dos Remédios da Silva. **Avaliação de Aceptação em Unidades Básicas de Saúde da Família em São Luís – MA (Brasil), 2014.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 102p.

ABSTRACT

Basic attention shall be the first contact to the users of SUS (Unique Health System), taking into account the principles of access, bond, care continuity, attention integrality, humanization, among others. To the Humanization Politics, the acceptance is the characteristic process of the practices of production and promotions of health which implies the health worker's usability. The goal of this study was to evaluate the acceptance at the family health unities. It deals with a field research of quantitative approach performed from January 2010 to March 2011 in the municipality of São Luís – MA (Brazil). The population was composed of 882 users, 80 health professionals and 32 managers. It was used questionnaires validated in Brazil from the components of *the Primary Care Assessment Tool* (avaliação da ferramenta do cuidado primário). To users the acceptance got the composed index of 3,7, so indicating to be unsatisfactory, and it reveals the unacceptance in the health services of the basic attention. To the health professionals the index was 4,0 and to the managers 4,3, so making explicit that the acceptance in the family health unities needs improvements. In the categories of acceptance formulated in this paper, the actors agreed that the access was unsatisfactory to the users, because the services aren't determinative and the qualified attention doesn't happen, so the professionals and managers branch out. To the user the bond is characterized by the uninterested service upon his life conditions and also his life conditions and also his family (58,5%), while to the professionals (36,3%) the interest in the user's life conditions happens. To the managers (50%) they agreed that there was interest in the user and family's life conditions. The research demonstrate that there exist fragilities in the guarantee of the SUS – Users rights. It is necessary to improve and make strong the access, determinative services based in the community's needs, being welcome to the qualified and strong attention as to the family's bond.

Keywords: Basic Attention. Acceptance. Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre Acolhimento no município de São Luís, 2011.....	40
Tabela 2	Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Acolhimento no município de São Luís, 2011.....	42
Tabela 3	Percepção dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre Acolhimento no município de São Luís, 2011.....	44
Tabela 4	Escore dos indicadores de acolhimento nas Unidades de Saúde da Família, segundo sujeito entrevistado. São Luís, 2011.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	–	Atenção Básica
APS	–	Atenção Primária à Saúde
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
eSF	–	Equipe Saúde da Família
GTH	–	Grupo de Trabalho Humanizado
PCATool	–	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMH	–	Política Municipal de Humanização
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	–	Política Nacional de Humanização
SEMUS	–	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UBSF	–	Unidade Básica de Saúde da Família
USF	–	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE SÍMBOLOS

\bar{X} : médio de uma amostra.

σ : Desvio Padrão populacional.

n : Número de valores da amostra.

Δ : Variação do intervalo de confiança de 95% para a estimação da média da população

SUMÁRIO

	RESUMO	<i>vii</i>
	ABSTRACT	<i>viii</i>
	LISTA DE TABELAS	<i>ix</i>
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	<i>x</i>
	LISTA DE SÍMBOLOS	<i>xi</i>
1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	METODOLOGIA	18
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Local e Período do Estudo	18
3.3	População e amostra	19
3.4	Instrumentos de Pesquisa	20
3.5	Coleta de dados	22
3.6	Aspectos Éticos	22
3.7	Análise dos dados	23
4	REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1	Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	25
4.2	Política Nacional de Humanização (PNH)	28
4.3	Acolhimento	29
4.3.1	Acesso	30
4.3.2	Resolubilidade	31
4.3.3	Escuta qualificada	32
4.3.4	Vínculo	33
4.4	Processo de Trabalho	34
4.4.1	Tecnologia no processo de trabalho	36
4.4.2	Trabalho em equipe	36
4.5	Avaliação de Serviços de Saúde	37
5	RESULTADOS	39
6	DISCUSSÃO	47

7	CONCLUSÕES	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais e gestores)	57
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários e acompanhantes)	58
	ANEXO A – Questionário para profissionais.....	59
	ANEXO B - Questionário para gestores.....	67
	ANEXO C – Questionário para adultos.....	76
	ANEXO D – Questionário para acompanhantes de menores de 18 anos.....	85
	ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	95
	ANEXO F – Autorização para coleta de dados.....	97
	ANEXO G - Acordo de utilização do Produto-Fio Cruz.....	98

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) no Brasil cujo princípio organizativo preconiza a descentralização, deve situar-se no local mais próximo da vida das pessoas, uma vez que funciona como o primeiro contato dos usuários, daí por que ela é, sim, a porta preferencial de entrada e o núcleo de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, a importância da orientação pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Em busca de um SUS humanizado e tendo a Atenção Básica como um espaço privilegiado, em 2004 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), conhecida como Humaniza SUS, desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer, na prática, suas diretrizes (BRASIL, 2006).

A PNH definiu, então, como humanização “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”. Tendo, portanto, um caráter transversal, qualificando a comunicação no sistema; explicitando a estreita relação entre atenção e gestão, garantindo a integralidade do cuidado e produção de saúde; evidenciando o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos (SCHOLZE; DUARTE Jr.; FLORES E SILVA, 2009).

O acolhimento, portanto, é compreendido a partir da PNH (2004), como o processo característico das práticas de produção e promoção de saúde que corresponsabiliza o trabalhador e ou equipe pelo usuário, ouvindo sua queixa, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio de articulação das redes de assistência à saúde.

A diretriz da Política de Humanização considera o acolhimento como sua face mais visível na Atenção Básica, principalmente pelo alcance direto que pode determinar não só o acesso dos usuários, mas também como forma de mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde (SCHOLZE; DUARTE Jr.; FLORES; E SILVA, 2009).

Para Faria (2009) só é possível debater acolhimento nos serviços de saúde fazendo memória aos princípios do SUS estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de

acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços nos diversos níveis de assistência. E, ao discuti-lo, surge o cuidado como ação humana fundamental.

A prática do acolhimento no cotidiano apresenta uma inversão na lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, baseado no tripé: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acesso e universalidade; reorganizar o processo de trabalho, com deslocamento do eixo centrado no profissional médico para uma equipe multiprofissional e, por fim, qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA et al., 2008).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como na Estratégia Saúde da Família (ESF) o acolhimento é a “porta” de acesso, o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, deve ser compreendido como uma estratégia de escuta qualificada, que permite identificar necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, realizando um encaminhamento adequado frente às necessidades apresentadas pelo usuário (MOTA, 2009).

No caso das políticas e serviços de saúde, a avaliação tem encontrado destaque, ocorrendo um crescente interesse nessa prática. No Brasil, apontam-se mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, tais como o processo de descentralização apontando responsabilidades dos entes federativos, ações e recursos; demonstrando a complexidade do perfil epidemiológico do país e a exigência cada vez maior do controle dos gastos em saúde (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS, 2008).

Esse crescimento na prática de avaliar os serviços, programas, ações e políticas tem tornado evidente o papel fundamental da avaliação no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

A Política Nacional de Humanização foi inspiração para que o município de São Luís, por meio da Secretaria de Saúde de São Luís (SEMUS) começasse, ainda em 2004, a trabalhar a PNH com a implantação do Programa “Conte Comigo”, sendo o primeiro contato de acolhimento ao usuário. Em 2005 a Superintendência em Saúde de Educação em Saúde se reuniu com os gestores das Unidades de Saúde para apresentação da PNH, objetivando construir uma Política Municipal de Humanização (COUTINHO et al., 2007).

Em maio de 2006 foi lançada oficialmente a PMH através do Seminário de Humanização, houve publicação de várias cartilhas, como: Manual da PMH, Manual do Grupo de Trabalho Humanizado(GTH), Cartilha dos direitos e deveres de pacientes hospitalizados, além da implantação de sessenta e quatro(64) GTH formados por gestores, trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde. Em 2007 houve capacitação dos membros dos GTH's com o curso: "Caminhos para o extraordinário" com a proposta de um atendimento com eficiência e eficácia á população de São Luís (COUTINHO et al., 2007).

Portanto, o estudo em questão traz como pergunta norteadora: Como o acolhimento tem acontecido nas Unidades de Saúde de São Luís?

Atuando como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família (eSF) em Unidade Básica de Saúde na periferia de São Luís, deparo-me frequentemente com situações em que o exercício do acolhimento seria extremamente benéfico, visto que contribuiria para que o usuário em busca de atendimento fosse direcionado da forma mais adequada quanto ao agravo e ou sofrimento apresentado. Contudo, o que se observa é a ocorrência de certa fragilidade na identificação dos usuários que deveriam ser prioridade no acesso ao atendimento, o que provoca dificuldade no fluxo desse paciente, demora na resolução do agravo/sofrimento, sobrecarga de alguns profissionais, estresse dos usuários, gerando, assim, descrédito no serviço de saúde.

Na Atenção Primária, o acolhimento apresenta-se como uma possibilidade de reorganização do processo de trabalho na UBS com ou sem a equipe de Saúde da Família com o objetivo de prestar aos usuários um atendimento humanizado, com resposta mais rápida a sua demanda, no instante em que busca o serviço de saúde; otimizando e viabilizando a resolução das ações desenvolvidas. Todas essas questões despertaram meu interesse de avaliar o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o acolhimento nas unidades de saúde da família em São Luís - MA, na perspectiva do usuário, profissional de saúde e gestor.

2.2 Específicos

- A) caracterizar as condições de acolhimento no acesso ao serviço de saúde;
- B) Caracterizar as relações de vínculo dos usuários com o serviço de saúde;
- C) Verificar a escuta qualificada no processo de trabalho nas unidades básicas;
- D) Identificar a resolubilidade do serviço na promoção e produção de saúde nas unidades básicas.

3 METODOLOGIA

O estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão”, que avaliou a qualidade da Atenção Básica do município levando em conta as Equipes de Saúde da Família e as informações obtidas do gestor, do profissional de saúde e da utilização dos serviços pelos usuários.

3.1 Tipo de estudo

Descritivo, avaliativo e de abordagem quantitativa do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). De acordo com Figueiredo (2008) nesse tipo de pesquisa, o principal objetivo é a descrição de características de determinada população ou fenômeno, fatos observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário, sem que o pesquisador interfira neles.

3.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, que ocupa uma área de 834, 780 Km² em um Estado de 331.935,507 Km². Segundo dados do Censo 2010 – IBGE, o município possui 1.014.837 habitantes. O estudo foi realizado de janeiro de 2010 a março de 2011.

A rede de serviços de saúde do município de São Luís, em julho de 2011, estava modelada por 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 91 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 02 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 04 Unidades Mistas, 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 03 Centros de Especialidades Médicas, 04 Projetos Salvamar, 04 Hospitais de Urgência e Emergência, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), 02 Centros de Atendimento Psicossocial, 03 Residências Terapêuticas, 01 Hospital da Mulher e 01 Maternidade, de acordo com a gestão municipal.

3.3 População e amostra

A composição da população desse estudo foi feita com a participação de gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Critérios de Inclusão:

Para profissionais e gestores, mínimo de seis meses de experiência na UBSF;

Para usuário adulto e usuário menor de idade, deveria estar cadastrado na ESF, ter sido atendido, anteriormente, pela equipe ou aguardando atendimento. Os adultos devem ter no mínimo 18 anos e, para os menores de idade ou incapacitados os acompanhantes responderiam o questionário.

No caso dos gestores e profissionais foi utilizada toda a população. No total foram 54 gestores: 39 diretores das Unidades de Saúde da Família, 12 supervisores de área da Estratégia Saúde da Família (ESF), e 03 coordenadores do nível central da Secretaria de Saúde. Quanto aos profissionais 89 eram da medicina, e 89 eram enfermeiros. Na época da coleta de dados havia de fato 79 ESF, totalizando 158 profissionais (79 médicos e 79 enfermeiros). Dos que atendiam critério de inclusão e quiseram participar da pesquisa restaram 80 profissionais sendo 58 enfermeiros e 22 médicos. E no caso dos gestores 32 participaram do estudo.

Quanto aos usuários calculou-se uma amostra por conglomerado em duas etapas. Das 41 UBSF, 01 unidade estava em reforma e outras ficaram excluídas do sorteio. Então, foram selecionadas aleatoriamente 20 UBSF, já que nessas unidades existiam 44 ESF em funcionamento que foram automaticamente incluídas no estudo. Em seguida, a amostra de usuários foi selecionada dentro das Unidades de Saúde sorteadas.

Para definir o tamanho dessa amostra usou-se a fórmula:

$$n = 4(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2$$

$$(\delta/\sigma)^2$$

$$n = \text{tamanho amostral}$$

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de erro tipo 1 (0,05);

$Z(1-\beta)$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de erro tipo 2 (0,8);

δ = diferença entre o valor médio postulado e o valor hipotizado;

σ = desvio padrão das médias.

Levando em conta a possibilidade de existir mais semelhanças entre os usuários da mesma unidade de saúde do que entre os usuários de unidades diferentes, foi necessário controlar essa correlação no cálculo da amostra multiplicando o tamanho amostral pelo efeito do desenho, usou-se a formula: $1+\rho(m - 1)$.

Onde: ρ = correlação intraclasse e m = número de observações por conglomerado.

O valor da correlação intraclasse era desconhecido, utilizou-se o estudo de Almeida e Macinko (2006) como referência e foi considerado $\rho = 0,25$.

A amostra foi calculada em 834 usuários da ESF, foram acrescentados 10% para garantir representatividade e cobrir possíveis perdas, ficando o tamanho da amostra em 917 usuários. Esse valor foi dividido entre as 44 ESF, resultando em 21 usuários a serem entrevistados após as devidas aproximações em cada eSF.

Ao término da coleta de dados foram entrevistados 882 usuários, destes 649 eram usuários adultos e 233 acompanhantes de usuários menores de idade ou incapacitantes.

3.4 Instrumentos de Pesquisa

A partir dos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, foram utilizados questionários validados, elaborados na Universidade de John Hoopkins e validados no Brasil no estudo realizado por Almeida e Macinko (2006) para avaliação da rede básica do município de Petrópolis. O instrumento contempla os atributos da atenção primária proposta por Starfield: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, integralidade, coordenação dos serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional.

Foram aplicados 4 tipos de questionários de acordo com a avaliação que se pretendia realizar; com os profissionais (Anexo A) ,com os gestores (Anexo B), os usuários adultos (Anexo C) e com os acompanhantes de menores de 18 anos ou incapacitantes(Anexo D).

O instrumento utilizado foi construído para trabalhar com os atributos da Atenção Básica, entretanto foi possível identificar características e variáveis que correspondiam ao objeto de estudo: o acolhimento, o que permitiu uma nova visão do próprio instrumento.

Cada questionário apresentava o quantitativo de aproximadamente 100 perguntas específicas, correspondendo aos atributos da atenção básica. Após a identificação das questões relacionadas ao acolhimento, foram selecionadas trinta e cinco (35) variáveis do instrumento que são: (1) oferta de medicamento; (2) oferta de equipamento; (3) consulta médica em 24h; (4) funcionamento da UBS nos fins de semana; (5) funcionamento da UBS após as 18h; (6) telefone para informação quando a UBS está aberta e (7) quando ela está fechada; (8) tempo de espera para atendimento; (9) resolução de dúvidas por telefone como profissional que o atendeu; (10) normas para referenciar; (11) uso de normas para referência; (12) visita domiciliar; (13) examinado pelo mesmo profissional; (14) tempo para manifestação de dúvidas; (15) participação do usuário em caso de transferência; (16) permissão para olhar o prontuário; (17) disponibilidade de prontuário durante consulta; (18) investigação sobre doenças de outros membros da família; (19) possibilidade de falar com a família do usuário; (20) utilização dos prontuários pelos profissionais; (21) informação escrita no processo de referência; (22) organização do prontuário por família; (23) organização dos serviços baseado na necessidade da comunidade; (24) facilidade em conseguir consulta; (25) busca pela UBS; (26) busca a UBS para ações preventivas; (27) encaminhamento pelo profissional da UBS; (28) a UBS atende as necessidades de saúde do usuário; (29) compreensão dos profissionais sobre as perguntas dos usuários; (30) profissional responde de forma clara às perguntas dos usuários; (31) registro das queixas nos prontuários; (32) percepção do usuário somente como doente; (33) percepção do usuário como ser humano completo; (34) interesse sobre condições de vida do usuário e família; (35) interesse pela opinião do usuário sobre seu tratamento.

As variáveis foram agrupadas em 04 categorias para melhor caracterização do acolhimento e foram nominadas utilizando termos presentes no conceito de acolhimento da PNH: (a) acesso; (b) escuta qualificada; (3) vínculo e (4) resolubilidade.

Foram utilizadas 6 opções de resposta para cada item. Cada resposta foi convertida em um escore que variou de 1 a 6; quanto maior o escore melhor a avaliação com maior percentual de obtenção do atributo (quadro 1).

Quadro 1 - Tipos de resposta e parâmetros de classificação da capacidade e do desempenho da Estratégia Saúde da Família. São Luís, 2011.

PARÂMETRO	TIPO DE RESPOSTA					
	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	Sempre
Escore	1	2	3	4	5	6
Percentual de Obtenção	0%	1%-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%
Grau de obtenção	Crítico		Insatisfatório		Satisfatório	

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por uma equipe treinada em todas as etapas, sendo composta por alunos de iniciação científica e mestrandas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, e ainda alunos voluntários de curso de graduação em medicina e enfermagem.

Os gestores supervisores de área da ESF e coordenadores do nível central foram entrevistados na SEMUS. Enquanto que os profissionais de saúde e gestores locais foram entrevistados na própria unidade, bem como os usuários que estavam aguardando atendimento. As visitas às UBSF foram realizadas em dias e turnos diferentes.

3.6 Aspectos Éticos

A Pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 2311500 8870/2009-76. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B), respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 196/96 e suas complementares. Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA.

3.7 Análise dos dados

Para avaliação, análise e discussão dos resultados as variáveis selecionadas do banco de dados original estavam relacionadas com o objeto do estudo – o acolhimento - sendo, posteriormente, organizadas em categorias para compreensão e conclusão da análise.

A separação entre usuários adultos e acompanhantes de usuários menores de 18 anos foi realizada para a coleta de dados, entretanto para análise foram agregados todos como usuários.

Para compreender com maior nitidez a análise e discussão dos resultados das variáveis referentes ao acolhimento, estas foram agrupadas nas categorias:

- a) Categoria Acesso: oferta de medicamento, oferta de equipamentos, consulta médica em 24h, funcionamento da UBS em fins de semana, funcionamento da UBS após as 18h, tempo de espera para atendimento, permissão para olhar o prontuário, disponibilidade do prontuário durante a consulta, facilidade em conseguir consulta.
- b) Categoria Resolubilidade: normas para referenciar, uso de normas para referência, resolução de dúvidas por telefone com profissional que o atendeu, utilização do prontuário pelos profissionais, organização do prontuário por família, organização dos serviços baseada na necessidade da comunidade, encaminhamento pelo profissional da UBS, se a UBS atende às necessidades de saúde dos usuários, telefone para informação quando a UBS está aberta, telefone para informação quando a UBS está fechada, informação escrita no processo de referenciar.
- c) Categoria Escuta Qualificada: tempo para manifestação de dúvidas, participação do usuário em caso de transferência, compreensão dos profissionais sobre as perguntas dos usuários, profissional responde de forma clara às perguntas dos usuários, registro das queixas nos prontuários, percepção do usuário somente como doente, percepção do usuário como ser humano completo, interesse pela opinião do usuário sobre seu tratamento.
- d) Categoria Vínculo: visita domiciliar, examinado pelo mesmo profissional, investigação sobre doença de outros membros da família, possibilidade de falar com família do usuário, busca pela UBS, busca a UBS para ações preventivas, interesse sobre condições de vida do usuário e família.

Os resultados foram descritos e dispostos em tabelas para melhor compreensão. Na análise dos dados utilizou-se frequências relativas (percentuais) dos indicadores de cada categoria dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

O Índice Composto do acolhimento foi obtido através da soma das médias de todos os indicadores. Ele indica a experiência total da UBSF em realizar o acolhimento.

Foram utilizados os *softwares* STATA 10.0 para processamento e conclusão da análise dos dados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

Atenção Básica de Saúde entendida como sendo um conjunto de intervenções a nível coletivo e individual envolve desde promoção de saúde até a reabilitação passando pela prevenção, diagnóstico e tratamento. Seu desenvolvimento ocorre por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, no trabalho em equipe, direcionadas a população adscritas em um território. Aplica tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde mais comuns e relevantes na população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, a atenção básica tem sido indicada no mundo e também no Brasil como estratégica para a reorganização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde (BRASIL, 2011a).

Destaca-se entre os marcos teóricos da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde a publicação e tradução em português do livro “Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias” de Starfield em 2004. Nele fica claro o papel da AB no sistema de saúde evidenciando os impactos positivos na saúde pública que o investimento nesse nível de atenção à saúde causaria. A autora valoriza quatro das características da atenção básica: acessibilidade, que expressa a possibilidade de se constituir em importante porta de acesso ao sistema de saúde; continuidade do cuidado, que identifica as práticas clínicas; integralidade, que implica na responsabilização dos problemas da clientela adscrita e a coordenação do cuidado, que se refere a capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito.

A atenção básica centrada no indivíduo e na população apresenta-se com base nos atributos essenciais que compreendem o acesso, o cuidado continuado, a integralidade e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2010). No Brasil, a Atenção Básica à Saúde representa o nível inicial de atenção à saúde e sustenta-se também no princípio da integralidade. Em outros países, o conceito usual para este campo de práticas é Atenção Primária à Saúde (APS), como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, constituindo na Declaração de Alma-Ata (SOUZA; HAMANN, 2009).

A Política Nacional da Atenção Básica (2012) considera que os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, são equivalentes. A conceituação da AB/APS que foi adotada

pelo Ministério da Saúde no país, apresenta duas dimensões distintas: uma é vinculada direta e imediatamente à organização do trabalho no que se refere ao trabalho em equipe, territorialização, integralidade do cuidado, vínculo e responsabilização com cuidado coletivo e individual e a outra está relacionada com o próprio sistema, referindo-se a seu papel como porta preferencial de entrada, sua interdependência com outros níveis de atenção, entre os setores de políticas sociais e sua capacidade de coordenação da rede de atenção à saúde (CASTANHEIRA et al., 2011).

De acordo com a Portaria nº 2488/2011 (GM/MS) atenção básica tem como fundamento ter um território adscrito, acesso universal e contínuo a serviços de saúde, desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre a equipe da saúde da família (eSF) e população adscrita, coordenação da integralidade e o estímulo contínuo à participação popular (BRASIL, 2011).

Sendo assim, compreende-se que a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado em saúde, o que favorece a produção de vínculo, o trabalho em equipe multiprofissional e a produção da cidadania, tendo sua ação sobre o território, considerando as necessárias exigências técnicas e interesses das populações.

Os espaços da atenção básica proporcionam encontros que podem ser produtivos entre os trabalhadores da saúde e os usuários do sistema de saúde. É necessário, no entanto considerar o diálogo, a convivência e a interação desses sujeitos, as formas de comunicação, os costumes, os saberes, os afetos, suas expectativas e necessidades (BRASIL, 2010).

A Atenção Básica, para dar conta de suas responsabilidades, utiliza tecnologias relacionais de elevada complexidade, lida com problemas do cotidiano das pessoas, e utiliza poucos equipamentos.

Ao longo dos últimos anos identificaram-se diversas formas de arranjos da atenção básica. Entretanto, desde 1994 a ESF tem sido apresentada como a alternativa prioritária pelo Ministério da Saúde para a operacionalização da AB e a organização do sistema.

Assim, passou-se a incentivar financeiramente esse modelo específico de organização da rede de atenção básica que apresenta, em seus objetivos, um conjunto de diretrizes, como trabalho em equipe de base territorial, promoção e prevenção da saúde, normatização do processo de trabalho entre outros (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

A Saúde da Família é entendida como um modo de ordenar os serviços ao avançar na direção da atenção integral ao indivíduo e família, efetivando a AB/APS como porta de entrada, progredindo para integralidade do sistema, reconhecendo e trabalhando com os

usuários em sua complexidade e individualidade (CASTANHEIRA et al., 2011).

Nesse contexto, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para consolidação e expansão da atenção básica, por isso, o Ministério da Saúde tem incentivado para que essa estratégia seja cada vez mais consolidada no país. A Estratégia Saúde da Família propõe mecanismos que são favoráveis à construção da integralidade, como a definição planejada de um território, atenção à saúde focada na unidade familiar, inseridas em uma área geográfica, o trabalho em equipe, o acolhimento e a atuação intersetorial (BRASIL, 2011).

No Brasil, o SUS com seus avanços e conquistas está perfeitamente alinhado com a AB, pois são identificados os valores e princípios essenciais para estabelecer as prioridades: sendo um sistema de saúde voltado para a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, e a solidariedade, utilizando o conceito amplo de saúde (BRASIL, 2011).

Considera-se, desse ponto de vista, que a experiência brasileira de ESF como modelo coletivo de atenção primária foi construída no âmbito de um sistema público e universal.

De acordo com Campos e Guerrero (2010) tal compreensão redimensiona a relevância da ESF, pois o seu impacto na saúde dos usuários do SUS depende da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: clínica especializada, hospitalar secundária e terciária, serviços de pronto atendimento, serviços de urgências e emergências, rede de serviços psicossocial entre outros.

A saúde da família, ordenada pela integralidade, compromete-se na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde, garantindo à população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Tal atitude implica em uma compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços.

De acordo com Pasche (2010) apesar de mais de duas décadas de experimentação da Estratégia de Saúde da Família, observam-se desafios que apontam para a necessidade de se produzir avanços nas questões estruturais, como o financiamento que ainda é insuficiente, a coexistência de modelo de unidades básicas tradicionais e de ESF, a capacidade da ESF se constituir, no ordenador e organizador do sistema de saúde. São postas ainda outras questões, como a necessidade de se alterar a gestão dos processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, avançando na valorização do trabalho em equipe interdisciplinar.

Atuando no espaço da Atenção Básica, a ESF pretende potencializar a construção do modelo adotado pelo SUS, com uma proposta de organização dos serviços de saúde

inovadora, diferente da proposta ambulatorial ,médico centrado. Elege como pontos centrais a responsabilização por um território e por meio das ações multiprofissionais, busca criação e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários Nessa perspectiva, a família passa a ser objeto da atenção, entendida a partir do meio em que está inserida e das relações estabelecidas (FARIA et al., 2010).

4.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

Na administração pública a área da saúde, ao longo do tempo, voltou seu olhar para a valorização da doença, em detrimento da pessoa adoecida. Em 1992, na 9ª Conferência Nacional de Saúde, o tema humanização começou a ganhar espaço nas discussões. Em 2003 foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

A política Nacional de Humanização (2003) surge em resposta ao debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos modelos de formação dos profissionais de saúde e ao exercício do controle social. Apresentada como política transversal, ultrapassa as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber e poder que ocupam na produção da saúde.

A PNH traz em si questões que devem provocar mudanças no próprio jeito de fazer saúde no SUS e no país como um todo. Aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2010).

Seu grande objetivo é o de provocar inovações nas práticas gerenciais e produção de saúde, trazendo para os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde propostas de experienciar novas maneiras de fazer saúde, superando seus próprios limites.

4.3 Acolhimento

Para a consolidação dos conceitos norteadores do SUS se faz necessário a construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, do planejamento e do processo de trabalho organizado pelas necessidades reais dos usuários do serviço.

O acolhimento apresenta-se, portanto, como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de acolher e escutar a população que busca os serviços de saúde, fornecendo respostas adequadas à demanda; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS-FILHO, 2007).

Para a Política Nacional de Humanização (2004), acolhimento é o processo característico das práticas de produção e promoção de saúde, que implica na responsabilização do trabalhador da saúde pelo usuário e família, desde sua entrada no serviço até sua saída. Ao ouvir queixas com uso da escuta qualificada, garante também acesso integral à atenção, mostrando-se resolutiva e responsável por meio da articulação da rede em outros níveis de atenção, bem com outros setores para continuidade da assistência.

Quando se aborda a PNH, faz-se menção ao acolhimento como diretriz em conjunto com a clínica ampliada, que evidencia como propostas o olhar para o sujeito e não para a doença; estabelece o reconhecimento dos limites dos saberes, entende-se que o sujeito é maior que o diagnóstico proposto; afirma-se que o encontro clínico acontece entre dois sujeitos: o trabalhador de saúde e usuário; busca-se o equilíbrio entre os danos e benefícios, frutos das práticas de saúde; aposta-se nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares e no formato de corresponsabilidade entre diferentes sujeitos e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2006).

O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil (MITRE et al., 2012).

A proposta do acolhimento inverte a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, baseia-se em três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c)

qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA; HAMANN, 2009).

A Política de Humanização, como política transversal aposta na construção coletiva para mudar a realidade, propõe caminhos a partir de experiências concretas de um SUS que dá certo. Aposta em alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde que facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. O acolhimento pode ser visualizado na atenção básica a partir do acesso aos serviços e ações de saúde; da resolubilidade no atendimento; da escuta qualificada no momento do encontro entre o profissional e usuário e do vínculo estabelecido entre o usuário, família e trabalhador da saúde (BRASIL, 2010).

4.3.1 Acesso

O acesso aos serviços de saúde depende de fatores determinantes da oferta e determinantes da demanda. A pré-condição mais importante, na oferta, é a existência dos serviços. Com a existência física dos serviços de saúde, a oferta é desenhada por aspectos relativos às acessibilidades: a geográfica, como a localização, vias de acesso, transporte público, entre outros; a cultural como padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida; a econômica como a existência ou não de taxas moderadoras do uso e a organizativa, como o modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pinheiro e Escosteguy (2009) fortalecem que o acesso aos serviços é condição fundamental para que se dê o uso dos recursos de saúde. A disponibilidade de recursos garante, não somente o acesso aos serviços de saúde, mas também rompe distâncias, barreiras geográficas, o tempo gasto em salas de espera, além da disponibilidade de horários, são condições para viabilização do uso de serviços de saúde.

Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário, quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde.

Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade, ao evidenciar que estes possuem significados complementares. A acessibilidade proporciona que as pessoas cheguem aos

serviços, e o acesso facilita o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis.

Souza et al. (2008) reforçam a importância do acesso e do acolhimento como potentes estratégias para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Configuram-se em elementos centrais de qualificação da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação.

A qualificação do acesso é necessária e inclui também aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, pois considera a contribuição de aspectos geográficos, socioeconômicos entre outros.

O acesso, portanto, está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência (ASSIS et al., 2010).

4.3.2 Resolubilidade

No glossário da PNH (2004) resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Resolubilidade, no Sistema Único de Saúde é definido como a capacidade que um serviço de saúde deve possuir, quando procurado, para resolver um problema de saúde, dentro de sua complexidade (MELLO, 2008).

Deve ser entendido, portanto, como sendo a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento, seja um problema de impacto coletivo ou individual sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Essa capacidade do serviço, em responder adequadamente ao usuário acerca de questões de saúde, está associada à implantação de novos serviços e de novos equipamentos; à incorporação de novas tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; além da articulação e complementaridade de serviços e redes existentes (SANTOS,

2006).

A resolubilidade está associada à responsabilização, e de acordo com Solla (2005), indica que o acolhimento deve garantir o objetivo central do trabalho em saúde, que é o de responder efetivamente às necessidades do usuário.

Para Lélis (2012) a resolubilidade apresenta-se, como um indicador que pode subsidiar a elaboração do planejamento estratégico da assistência à saúde. Instrumento direcionador do desenvolvimento de ações prioritárias, uma vez que consiste apenas em uma ferramenta de avaliação e ação, demonstra as deficiências dos territórios sanitários e indica quais especialidades precisam ser fortalecidas para adequação da atenção às reais necessidades da população, contribuindo para a redução das desigualdades, sinalizando às necessidade de ações prioritárias em regiões sanitárias com assistência deficitária.

4.3.3 Escuta qualificada

O acolhimento diz respeito também à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando a este sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do problema (PEREIRA et al., 2010).

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, sendo comum a concepção de que escuta significa apenas ouvir, o que pode ser perigoso, levando a acreditar que a escuta é instintiva (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Uma escuta qualificada, no encontro entre usuário e profissional, diminui a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação às condutas adotadas. Há de ser levado em conta o desejo, o interesse ou a compreensão do sujeito. Deve-se trabalhar com a ideia de ofertas e possibilidades, para que o usuário possa decidir conjuntamente e se corresponsabilizar com os resultados a serem alcançados.

A partir das leituras realizadas faz-se necessário expor a compreensão do que é a escuta qualificada tão bem descrita na PNH, o que intitula-se de tecnologia do encontro, espaço em que o usuário e o trabalhador da saúde se encontram. Espaço que deve ir para além da estrutura física, em que os diferentes saberes se encontram e, desse encontro, surge o que se chama de resolubilidade.

De acordo com Raimundo e Cadete (2012) nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário-centrado.

Para Guerrero et al. (2013) a escuta seguida de orientação oferece satisfação para o usuário e resolubilidade no momento em que busca a UBS. Neste campo, o tratar bem o usuário e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados na medida em que esclarecem ao usuário as rotinas e procedimentos, fluxos e limites de atendimento.

4.3.4 Vínculo

Segundo Polito (2009) vínculo diz respeito a ligação, união, relação. No caso da saúde, essa relação se dá entre o serviço de saúde, que inclui os trabalhadores, usuário e família.

O vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, relaciona-se com o acolhimento, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários. A promoção do vínculo com a comunidade, pela implementação de práticas de acolhimento, são consideradas potencializadoras do cuidado direcionado às necessidades dos usuários (GUERRERO et al., 2013).

O documento-base do “HumanizaSus” para gestores e trabalhadores do SUS traz em sua envergadura que a humanização é “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2008).

Fixa-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre os atores envolvidos, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação popular no processo de gestão.

Para Coelho e Jorge (2009) o vínculo é compreendido como a tecnologia leve das relações na ESF e surge do pressuposto de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita; ocorrendo uma interação geradora de vínculos, “laços”, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária para o desempenho do trabalho na saúde da família.

De acordo com Gonçalves e Fiore (2011) o vínculo que se forma entre um indivíduo que sofre e solicita ajuda de alguém e o indivíduo que domina conhecimento dos mecanismos de doença e saúde, de afastar a dor e sofrimento é carregado de um saber e valor próprios, atrai atenção e sentimentos que vão da admiração ao medo e desconfiança.

Um dos principais fatores valorizados no serviço de saúde pelo usuário é o vínculo. Este confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde (LIMA et al., 2007). O vínculo também está intimamente ligado às necessidades de autonomia/autocuidado, pois ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença (GUERRERO et al., 2013).

4.4 Processo de Trabalho

O processo de trabalho é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas. Seu significado é qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relação construídas entre os trabalhadores (KRUG et al., 2010).

A valorização do trabalho e a saúde do trabalhador são diretrizes fundamentais propostas pela PNH. Tais princípios devem estar em contínua atualização nos serviços e nas relações de trabalho. Isso permite a produção de novos modos de trabalhar e de viver mais saudáveis, potencializando o protagonismo dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde, no programa de formação em saúde do trabalhador (2011) o protagonismo implica a corresponsabilidade e a existência de espaços para construção de outros dispositivos de trabalho e instrumentos avaliativos, por promoverem saúde e melhorias nas condições de trabalho.

Karl Marx (2002) relata, ainda no início do século passado, que o trabalho é uma atividade que transforma o meio e o homem simultaneamente. E que trabalhar é uma exclusividade humana, só os seres humanos trabalham.

A PNH incorpora o acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho. Logo, é nesse sentido que se pode incluir o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves (MERHY,1998).

A reorganização do trabalho, a partir do acolhimento, propõe o reconhecimento da saúde como direito, ampliando o acesso e eliminando as filas de madrugada. Em contrapartida, pode provocar um aumento do trabalho assistencial, do ponto de vista de atendimentos.

Mitre et al. (2012) resgatam conceitos trabalhados por Franco, Bueno e Merhy (1999) que em uma das publicações pioneiras sobre o acolhimento na ABS propõem discuti-lo como uma diretriz operacional, embasada nos princípios do SUS, garantindo a universalidade ao acesso, buscando a reorganização do processo de trabalho, tendo o eixo centrado em uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade; além de qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sobre parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Posteriormente, o acolhimento apareceu como uma ferramenta, estratégia, e arranjo tecnológico utilizado para começar mudanças no processo de trabalho em saúde, garantir o acesso em serviços humanizados e resolutos, com a responsabilização coletiva dos trabalhadores às necessidades dos usuários (SCHIMITH; LIMA, 2008).

Barros et al. (2010) referem que as ações em humanização, na atenção básica, se constroem a partir da afirmação e ampliação da autonomia, e protagonismo dos sujeitos e coletividade, que constituem as equipes de profissionais e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Visam transformar os processos de trabalho em saúde também em espaços de valorização do potencial dos sujeitos que ali trabalham. Os trabalhadores então criam não só formas de se relacionar, mas também regras de divisão do trabalho.

A humanização, como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, “[...] assemelha-se com o princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e às estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania dos usuários” (SANTOS, 2006).

Compreende-se que o trabalho é espaço concreto de invenção e reinvenção de regras e a gestão apresenta-se com a função de quem está produzindo e conduzindo seu próprio fazer. Entendendo que o acolhimento tem, sim, interferência direta sobre o processo de trabalho.

4.4.1 Tecnologia no processo de trabalho

Para Coelho e Jorge (2009) a tecnologia é um elemento constituinte do processo de trabalho em saúde. Por isso, ela é analisada tanto como saber quanto por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, de acordo com as necessidades, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais.

Para Merhy (1998), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve - dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve - duras são as dos saberes estruturado, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

O encontro entre o trabalhador e o usuário dá início a um processo relacional onde opera o trabalho vivo. Esse encontro dispara um processo de intervenção tecnológica implicada com manutenção e recuperação da vida (MERHY et al., 2004).

Na Política de Humanização o acolhimento na atenção à saúde configura um dispositivo na organização do processo de trabalho dos serviços, está relacionado como parte do processo de produção de saúde como algo que qualifica e é capaz de ser apreendido nas dimensões: relacional, técnico, clínica e cidadania; e deve ser trabalhado em todo encontro entre profissional/usuário, profissional/profissional, equipe de saúde/gestão e usuário e sua rede social (SOLLA, 2005).

O acolhimento é, nessa lógica, uma tecnologia leve, pois se refere ao relacional, ao momento do encontro. Apresenta sempre um impacto sobre os trabalhadores, no relacionamento entre seus pares e no seu encontro com os usuários.

4.4.2 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe, visto como processo, exige o repensar dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos instituídos. O trabalho assim organizado transporia a lentidão e burocracia dos serviços públicos de saúde, intervindo na divisão vertical do processo de trabalho, dando assim agilidade na resolubilidade dos serviços. A efetivação do trabalho em

equipe ocorrerá na sua plenitude quando forem trabalhadas as relações de poder (COSTA, 2007).

De acordo com Barra (2011), pensar em equipe de saúde, não se refere a uma junção de profissionais, e sim à integração e articulação de diferentes processos de trabalho, levando em conta os distintos saberes, instrumentos e objetivos próprios. Essa integração não elimina as diferenças, que também são necessárias, e podem contribuir para o avanço da democratização e da ética nas relações de trabalho e no próprio trabalho produzido. A superioridade do trabalho em equipe não exclui a necessidade de definição clara e precisa das responsabilidades individuais diante de cada caso.

O acolhimento requer mobilização de diferentes saberes para dar respostas, cedendo lugar a uma postura de enriquecimento das ações terapêuticas, beneficiando, assim, as possíveis intervenções. O trabalho em equipe se faz necessário, pois busca articulação. Em tais ambientes abre-se um espaço para diálogo, respeito ao sujeito, negociação das necessidades e melhor articulação de serviços (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

4.5 Avaliação de Serviços de Saúde

Avaliar, para Hartz (2008), significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. A caracterização pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborada com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização.

Se a ação avaliativa compreende a emissão de um juízo de valor, diz Fernandes et al. (2011) torna-se, necessário refletir sobre como; quando; onde; para quem; com quem; quanto, dependendo das fontes e quantidades de recursos; em que medida; atendendo a quais interesses; significando e ressignificando quais conceitos; representando quais influências e interesses; resultando em quais consequências; uma prática caracterizada como avaliação pode e deve gerar transformações positivas na realidade e bem-estar coletivo.

A avaliação, como componente da gestão em saúde, tem sido reconhecida e evidenciada na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação em todas as dimensões do SUS. Seu objetivo fundamental é dar suporte aos processos decisórios no âmbito do

sistema de saúde, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Sancho e Dain (2012) reforçam que a avaliação em saúde vem configurando-se como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. No sentido de verificar a efetividade de intervenções, o uso eficiente e coerente dos recursos disponíveis, além da satisfação dos usuários do sistema de saúde.

Para Neves (2010) as avaliações dos serviços de saúde buscam analisar as estruturas, os processos e os resultados dos serviços prestados. Para que haja creditações e certificações os serviços prestados são comparados com padrões de atendimento e classificado o grau de cumprimento destes padrões. A satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido deve ser considerado um resultado.

A avaliação pode ainda ser definida como normativa ou formativa. A normativa (ou somativa) sustenta-se em concepções como juízo final, valoração e produto, que induzem critérios predeterminados de efetividade ou significância, qualidade e utilidade. A formativa constitui uma atitude investigativa que procura conscientizar e refletir sobre determinada situação, com o propósito de melhorar a situação, subsidiando práticas educativas de maneira a adequá-las à realidade (SESSIONS, 2001).

O contexto da atenção básica é caracterizado por ser um espaço de muitas complexidades. Sua avaliação constitui um dos melhores mecanismos de resposta às necessidades de informações de seus gestores. A avaliação tem como propósito reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, para que possa haver intervenção e melhorar o que foi definido previamente (STEIN, 2013).

5 RESULTADOS

Neste estudo, Avaliação do acolhimento na unidades básicas da saúde da família no município de São Luís - MA as características demográficas e socioeconômicas dos usuários foram: 72% do sexo feminino e 28% do sexo masculino, quanto à escolaridade 32% possuíam ensino fundamental incompleto, 53,3% estavam na faixa etária de 18 a 34 anos; dos entrevistados 92% possuíam energia elétrica na residência, 94% possuíam água encanada e 28% referiram ter banheiro no domicílio.

Na categoria acesso, mais de 40% dos usuários responderam que *sempre* tem oferta de medicação e equipamento; 54% relataram que *nunca* tem facilidade em conseguir consulta na UBS. Entretanto, 45,4% relataram que *sempre* conseguem consulta médica não urgente em 24 horas. 33% relataram *nunca* relacionado ao funcionamento da UBS nos fins de semana e após as 18h. Dos entrevistados, 57% responderam que esperavam mais que 30 minutos pelo atendimento; 35,4% disseram que *nunca* tinham permissão para olhar o seu prontuário e 66,9% responderam que *sempre* o prontuário está disponível no momento da consulta. (TABELA 1)

Na categoria resolubilidade 34,2% responderam que *sempre* há um telefone disponível para ligar quando a UBS está aberta e que necessitam de informação e 90,3% relataram que quando a UBS está fechada, *nunca* tem telefone para onde possam ligar e pedir informações; 19,6% responderam *sempre* para quando são encaminhados e os profissionais fornecem informações por escrito para entregar na referência; 56% responderam *sempre* ao item referenciamento pelo profissional da eSF e que 29,1% responderam que a UBS *nunca* atende as necessidades dos usuários. (TABELA 1)

Na categoria escuta qualificada 60% dos entrevistados responderam que *sempre* os profissionais compreendem suas perguntas; 51,6% responderam que *sempre* as respostas dos profissionais são claras; para 60,6% dos usuários o registro de suas queixas é *sempre* feito no prontuário; 21,5% dos usuários percebem que os profissionais *algumas vezes* os enxergam apenas como doente; que 25,8% percebem que os profissionais *nunca* os enxergam como ser humano completo; sobre sua participação na decisão de ser encaminhado, 21,5% relataram *nunca* ter participado dessa decisão; 33,9% relataram que *nunca* os profissionais demonstraram interesse na sua opinião sobre seu tratamento e 47,8% responderam que *sempre* os profissionais dão tempo suficiente para que manifestem suas dúvidas. (TABELA 1)

Na categoria vínculo 25,1% dos usuários responderam que *sempre* são examinados pelo mesmo profissional; 50,6% relataram que *sempre* buscam a UBS para ações preventivas; 38,5% referiram que *sempre* buscam a UBS para qualquer problema; 26,7% relataram que *nunca* foram indagados sobre doenças de outros membros da família; 30,5% responderam que acreditam que os profissionais *nunca* fariam com sua família sobre seu problema de saúde enquanto que somente 7,4% responderam que *sempre* fariam com a família do usuário; 58,5% expressaram que *nunca* os profissionais se interessaram sobre as condições de vida dele e de sua família e 59,5% responderam que os profissionais fazem *sempre* visita domiciliar. (TABELA 1)

Tabela 1 - Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre Acolhimento no município de São Luís, 2011.

Indicadores	Nunca 0%	Quase nunca 1-20%	Algumas vezes 21-40%	Muitas vezes 41-60%	Quase sempre 61-80%	Sempre 81-100%	Não sabe
ACESSO							
Oferta de medicamentos	11,0	5,0	16,5	10,0	10,0	42,4	5,1
Oferta de equipamento	4,4	6,5	19,4	10,8	17,9	40,0	1,0
Facilidade em conseguir consulta	54,0	2,6	6,2	5,8	5,3	8,7	17,4
Consulta médica 24 horas	7,9	6,1	15,6	9,5	13,8	45,4	1,5
Funcionamento da UBS nos FDS	35,4	4,2	11,1	5,8	7,5	26,6	9,4
Funcionamento da UBS após 18h	33,4	12,0	21,9	9,0	8,1	9,8	5,8
Tempo de espera	3,1	2,6	14,9	6,0	14,6	57,0	1,8
Permissão para olhar prontuário	35,4	3,4	4,9	2,6	3,3	10,8	39,6
Disponibilidade do prontuário durante consulta	5,0	2,1	7,7	2,9	7,4	66,9	8,0
RESOLUBILIDADE							
Telefone para informação quando UBS Aberta	21,5	5,6	12,1	7,6	12,1	34,2	6,9
Telefone para informação quando UBS Fechada	90,3	1,4	1,3	0,4	0,2	1,5	4,9
Resolução de dúvida pelo telefone com o profissional que atendeu	23,2	13,5	13,0	7,0	13,0	22,8	7,5
Informações escritas para referenciar	8,8	1,6	3,3	1,7	2,4	19,6	62,6
Referenciamento pelo profissional da UBS	3,6	0,6	1,9	2,5	6,6	56,0	28,8
UBS atende as necessidades dos usuários	29,1	7,5	10,4	2,9	7,0	15,7	27,4
ESCUA QUALIFICADA							
Compreensão dos profissionais sobre as perguntas dos usuários	2,5	1,9	9,2	7,9	15,9	60,0	2,0
Resposta clara às perguntas do usuário	2,6	2,3	12,8	11,0	18,8	51,6	0,9
Registro das queixas no prontuário	2,5	1,9	9,3	7,9	16,0	60,6	1,8
Percepção do usuário como doente	13,5	9,5	21,5	14,7	17,9	20,3	2,6
Percepção do usuário como ser humano completo	25,8	5,3	13,0	8,6	11,2	24,0	12,1
Participação do usuário em casos de transferências	21,5	6,5	6,5	2,5	4,4	12,9	45,7
Interesse sobre opinião do usuário sobre seu tratamento	33,9	6,7	8,0	4,3	5,8	13,0	28,3
Tempo para manifestação de dúvidas	7,0	4,3	13,1	9,2	12,2	47,8	6,4
VÍNCULO							
Examinado pelo mesmo profissional	16,2	11,1	17,3	9,2	17,6	25,1	3,5
Busca pela UBS para ações preventivas	4,5	4,2	14,7	9,0	16,5	50,6	0,5
Busca pela UBS	10,8	6,9	18,8	9,0	14,8	38,5	1,2
Investigação sobre doenças dos membros da família	26,7	6,0	9,7	5,5	5,0	11,3	35,8
Possibilidade de falar com a família do usuário	30,5	4,4	5,5	4,0	5,0	7,4	43,2
Interesse sobre condições de vida do usuário e família	58,5	3,0	6,8	3,6	2,6	5,9	19,6
Visitas domiciliares	4,5	5,8	10,5	5,4	10,5	59,5	3,8

Considerando o perfil dos profissionais 72,5% eram enfermeiros e 27,5% eram médicos. A maior titulação encontrada foi a de especialização para 93,7% dos profissionais e 47,8% dos entrevistados trabalhavam na Estratégia Saúde da Família entre 13 a 24 meses.

Na categoria acesso, 36,2% dos profissionais responderam *algumas vezes* para a oferta adequada de medicamentos e 38,7% para oferta de equipamentos; para 23,8% dos entrevistados *quase sempre* o usuário consegue consulta não urgente em 24 horas; sobre o funcionamento da UBS 81,3% responderam que *nunca* está aberta em finais de semana e 87,3% que *nunca*, após as 18 horas; para 38,8% dos profissionais o tempo de espera pelo atendimento *algumas vezes* ultrapassa 30 minutos; 36,3% acreditam que o usuário *sempre* tem permissão para olhar o prontuário, caso queira e 57,5% referem que o prontuário *sempre* esta disponível durante a consulta. (TABELA 2)

Na categoria resolubilidade, para 43,7% dos profissionais quando a UBS está aberta *nunca* tem um telefone disponível para que o usuário possa pedir informação ou marcar consulta e 86,3% ,quando a UBS está fechada; 26,2% referiram que o usuário *nunca* consegue resolução de dúvidas pelo telefone com o profissional que o atendeu; 73,8% disseram que *sempre* utilizam o prontuário; 25% responderam que *quase sempre* existem normas para referenciar e que usam dessas normas *algumas vezes* (21,3%); os profissionais responderam 46,2% que *sempre* fornecem por escrito informações quando referenciam o usuário;77,5% responderam que os prontuários estão *sempre* organizados por família e 31,2% referem que a organização dos serviços *quase nunca* é baseada nas necessidades da comunidade. (TABELA2)

Na categoria escuta qualificada 37,5% referiram que *sempre* há participação do usuário em casos de transferência e 33,8% relataram que *sempre* dão tempo para que o usuário manifeste suas dúvidas. (TABELA 2)

Na categoria vínculo 37,5% referiram que *quase sempre* o usuário é examinado pelo mesmo profissional; 37,5% disseram que *sempre* investigam sobre doenças de outros membros da família; 27,5% referiram que *quase sempre* tem a possibilidade de falar com a família do usuário; 36,3% responderam que *sempre* tem interesse sobre condições de vida do usuário e família e 72,5% relataram que *sempre* fazem visita domiciliar. (TABELA 2)

Tabela 2 - Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Acolhimento no município de São Luís, 2011.

Indicadores	Nunca 0%	Quase nunca 1-20%	Algumas vezes 21-40%	Muitas vezes 41-60%	Quase sempre 61-80%	Sempre 81-100%	Não sabe
ACESSO							
Oferta de medicamentos	--	15,0	36,2	21,3	21,3	2,5	3,7
Oferta de equipamento	2,5	11,3	38,7	25,0	17,5	2,5	2,5
Consulta médica 24 horas	--	11,2	23,7	23,8	23,8	13,8	3,7
Funcionamento da UBS nos FDS	81,3	10,0	7,5	--	--	--	1,2
Funcionamento da UBS após 18h	87,5	8,8	2,5	--	--	--	1,2
Tempo de espera	2,5	16,2	38,8	13,8	22,5	5,0	1,2
Permissão para olhar prontuário	7,5	13,8	12,5	10,0	16,2	36,3	3,7
Disponibilidade do prontuário durante consulta	--	--	6,2	11,3	25,0	57,5	--
RESOLUBILIDADE							
Telefone para informação quando USB aberta	43,7	7,5	8,7	3,8	12,5	21,3	2,5
Telefone para informação quando USB fechada	86,3	1,2	2,5	1,3	2,5	5,0	1,2
Resolução de dúvida pelo telefone com o profissional que atendeu	26,2	25,0	16,3	7,5	10,0	15,0	--
Utilização do prontuário	--	--	--	2,5	23,7	73,8	--
Normas para referenciar	6,2	16,3	17,5	12,5	25,0	20,0	2,5
Uso de normas para referenciar	3,7	13,8	21,3	18,8	21,2	21,2	--
Informações escritas para referenciar	2,5	2,5	8,8	16,2	23,8	46,2	--
Organização dos prontuários por família	2,5	--	--	1,3	15,0	77,5	--
Organização dos serviços baseada nas necessidades da comunidade	25,0	31,2	20,0	8,8	3,8	7,5	3,7
ESCUA QUALIFICADA							
Participação do usuário em casos de transferências	1,2	1,2	16,3	15,0	28,8	37,5	--
Tempo para manifestação de dúvidas	1,2	1,2	13,8	18,8	30,0	33,8	1,2
VÍNCULO							
Examinado pelo mesmo profissional	--	--	13,8	26,2	37,5	21,3	1,2
Investigação sobre doenças dos membros da família	--	2,5	12,5	17,5	30,0	37,5	--
Possibilidade de falar com a família do usuário	1,2	5,0	20,0	20,0	27,5	26,3	--
Interesse sobre condições de vida do usuário e família	--	6,2	16,2	18,8	22,5	36,3	--
Visitas domiciliares	--	--	2,5	5,0	20,0	72,5	--

Na caracterização dos gestores 62,5% eram diretores das UBS, 31,2% eram coordenadores de área da ESF e 6,3% eram coordenadores do nível central da SEMUS, a maior titulação acadêmica dos entrevistados era de especialização e em relação ao tempo de experiência na função 56,3% trabalhavam de 6 a 12 meses.

Na categoria acesso, os gestores relataram que *algumas vezes* (31,3%) havia a disponibilidade de medicamentos na UBS e que *algumas vezes* (40,6%), a disponibilidade de equipamentos; 40,6% responderam que *quase sempre* os usuários conseguem consulta médica não urgente em 24 horas na UBS; para 75% a UBS *nunca* está aberta aos fins de semana e para 65,6% a UBS *nunca* esta aberta após as 18 horas; referiram que *algumas vezes* (34,4%) dos usuários esperam acima de 30 minutos para atendimento; que *sempre* (53,1%) o usuário tem permissão para olhar o prontuário e *sempre* (87,5%) o prontuário esta disponível durante

a consulta.(TABELA 3)

Na categoria resolubilidade para os gestores, (34,4%) quando a UBS está aberta *sempre* tem telefone disponível para fornecer informação e 81,3% responderam *nunca*, quando a UBS está fechada; 25% responderam *nunca* os usuários conseguem solucionar dúvidas pelo telefone com o profissional que o atendeu; 96,9% responderam que *sempre* o prontuário é utilizado pelos profissionais; 43,8% relataram que *quase sempre* existem normas para referenciar; 40,6% relataram que as normas eram usadas *quase sempre*; 50% disseram que *sempre* os profissionais forneciam por escrito informações quando referenciavam os usuários; 96,9% dos prontuários estão *sempre* organizados por família e 28,1% referiram que *sempre* os serviços da UBS são organizados baseados na necessidade da comunidade.(TABELA 3)

Na categoria escuta qualificada, os gestores relataram que 56,2% dos usuários *sempre* têm participação em casos de transferências e 34,4% responderam que *quase sempre* os usuários têm tempo suficiente para manifestar suas dúvidas durante a consulta.(TABELA 3)

Na categoria vínculo, 50% referiram que *quase sempre* os usuários são examinados pelo mesmo profissional; 53,1% disseram que *sempre* os profissionais investigavam sobre doenças dos membros da família do usuário; 43,7% responderam que *sempre* os profissionais têm a possibilidade de falar com a família do usuário; 50% relataram que *sempre* os profissionais tinham interesse sobre as condições de vida do usuário e família e 87,5% expressaram que *sempre* os profissionais realizavam visitas domiciliares. (TABELA 3)

Tabela 3 - Percepção dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre Acolhimento no município de São Luís, 2011.

Indicadores	Nunca 0%	Quase nunca 1-20%	Algumas vezes 21-40%	Muitas vezes 41-60%	Quase sempre 61-80%	Sempre 81-100%	Não sabe
ACESSO							
Oferta de medicamentos	3,1	6,3	31,3	28,1	28,1	3,1	--
Oferta de equipamento	--	9,4	40,6	25,0	15,6	9,4	--
Consulta médica 24 horas	--	--	12,5	28,1	40,6	18,8	--
Funcionamento da UBS nos FDS	75,0	12,5	12,5	--	--	--	--
Funcionamento da UBS após 18h	65,6	15,6	9,4	--	--	3,1	6,3
Tempo de espera	3,1	6,2	34,4	21,9	25,0	9,4	--
Permissão para olhar prontuário	3,1	6,3	9,4	9,4	15,6	53,1	3,1
Disponibilidade do prontuário durante consulta	--	--	3,1	--	9,4	87,5	--
RESOLUBILIDADE							
Telefone para informação quando USB aberta	21,9	9,4	6,2	9,4	18,7	34,4	--
Telefone para informação quando USB fechada	81,3	6,2	3,1	--	--	9,4	--
Resolução de dúvida pelo telefone com o profissional que atendeu	25,0	18,8	15,6	6,2	15,6	18,8	--
Utilização do prontuário	--	--	--	--	3,1	96,9	--
Normas para referenciar	9,4	6,2	21,9	3,1	43,8	12,5	--
Uso de normas para referenciar	9,4	6,2	12,5	6,3	40,6	21,9	3,1
Informações escritas para referenciar	--	3,1	9,4	12,5	21,9	50,0	3,1
Organização dos prontuários por família	--	--	--	3,1	--	96,9	--
Organização dos serviços baseada nas necessidades da comunidade	6,3	9,4	15,6	25,0	15,6	28,1	--
ESCUA QUALIFICADA							
Participação do usuário em casos de transferências	3,1	9,4	9,4	9,4	12,5	56,2	--
Tempo para manifestação de dúvidas	3,1	6,2	21,9	6,3	34,4	28,1	--
VÍNCULO							
Examinado pelo mesmo profissional	3,1	--	9,4	12,5	50,0	25,0	--
Investigação sobre doenças dos membros da família	--	--	6,3	12,5	28,1	53,1	--
Possibilidade de falar com a família do usuário	--	--	6,3	21,9	28,1	43,7	--
Interesse sobre condições de vida do usuário e família	--	3,1	3,1	12,5	31,3	50,0	--
Visitas domiciliares	--	--	--	6,3	3,1	87,5	3,1

Na análise sobre o acolhimento na categoria acesso, o indicador com pior avaliação para o usuário foi sobre a *facilidade em conseguir consulta*, que obteve escore de 2,1 seguido do indicador *permissão para olhar o prontuário*, com escore de 2,4. A variável *tempo de espera pelo atendimento acima de 30 minutos*, obteve escore 5,0 significando que quase sempre/sempre os usuários esperam mais que meia hora pelo atendimento. Para os profissionais os indicadores com pior avaliação foram o de funcionamento da UBS nos finais de semana com escore de 1,2 e funcionamento após as 18horas com escore de 1,1. Já para os gestores esses escores corresponderam a 1,4 e 1,5 respectivamente. (TABELA 4)

Na categoria resolubilidade o indicador que chama mais atenção foi se *a UBS atende as necessidades dos usuários*, que obteve escore 2,9, para usuário. Para os profissionais o indicador com pior escore foi se *a organização do serviço é baseada nas necessidades da*

comunidade, obteve escore 2,5 e para os gestores o escore foi de 4,1.(TABELA 4)

Sobre a categoria escuta qualificada, os piores escores para os usuários foram: *interesse sobre opinião do usuário* (2,7); *participação do usuário em casos de transferência*(3,0) e a sua *percepção como ser humano completo* (3,5). Na visão do profissional e gestor a *participação do usuário em caso de transferência* obteve 4,8.(TABELA 4)

Na categoria vínculo, para o usuário o indicador com pior escore foi o de *interesse sobre condições de vida do usuário e família* com a pontuação de 1,8; para o profissional ,o escore foi de 4,6 e para o gestor foi de 5,2.(TABELA 4)

O Índice Composto do acolhimento foi obtido por meio da média dos escores de seus indicadores sendo 3,7 para usuários, 4,0 para profissionais e 4,3 para os gestores. (TABELA 4)

Dos 31 indicadores respondidos pelos usuários 09 (29%) foram considerados críticos, 17 (55%) foram tidos como insatisfatório e apenas 05 (16%) como satisfatório. Para os profissionais eram 24 variáveis agrupadas por categorias e 06 (25%) foram consideradas críticas,14 (58%) consideradas insatisfatórias e 04 (17%) foram satisfatória. Enquanto, que para os gestores dos 24 indicadores apenas 03 (13%) foram considerados críticos,13 (54%) tidos como insatisfatório e 08 (33%) foram tidos como satisfatório, demonstrando portanto, que a percepção de quem gerencia se distancia, principalmente, da percepção do usuário.

Tabela 4 - Escores dos indicadores de acolhimento nas Unidades de Saúde da Família, segundo sujeito entrevistado. São Luís, 2011.

Indicador	Usuários		Profissional		Gestor	
	Escore	IC95%	Escore	IC95%	Escore	IC95%
ACESSO						
Oferta de medicamentos	4,3	(4,2 - 4,4)	3,6	(3,3-3,8)	3,8	(3,4-4,2)
Oferta de equipamentos	4,5	(4,4 - 4,6)	3,5	(3,3-3,7)	3,7	(3,3-4,1)
Facilidade em conseguir consulta	2,1	(2,0- 2,3)	--	--	--	--
Consulta médica 24h	4,5	(4,4 - 4,6)	4,0	(3,7-4,3)	4,6	(4,3-4,9)
Funcionamento da UBS nos FDS	3,3	(3,1- 3,4)	1,2	(1,1-1,4)	1,4	(1,1-1,6)
Funcionamento da UBS após 18h	2,7	(2,6- 2,8)	1,1	(1,0-1,2)	1,5	(1,1-1,9)
Tempo de espera acima de 30 min	5,0	(4,9- 5,1)	3,5	(3,2-3,8)	3,8	(3,4-4,3)
Permissão para olhar prontuário	2,4	(2,2- 2,6)	4,3	(3,8-4,6)	4,9	(4,4-5,4)
Disponibilidade do prontuário durante consulta	5,2	(5,1-5,3)	5,3	(5,1-5,5)	5,8	(5,6-6,0)
RESOLUBILIDADE						
Telefone para informação quando UBS aberta	3,9	(3,7-4,0)	2,9	(2,5- 3,4)	3,9	(3,2-4,6)
Telefone para informação quando UBS fechada	1,1	(1,0- 1,2)	1,4	(1,1-1,7)	1,6	(1,0-2,1)
Resolução de dúvida pelo telefone com o profissional que o atendeu	3,4	(3,3- 3,5)	2,9	(2,5-3,3)	3,2	(2,5-3,9)
Utilização do prontuário	--	--	5,7	(5,6-5,8)	5,9	(5,9-6,0)
Normas para referenciar	--	--	3,9	(3,6-4,3)	4,0	(3,4-4,6)
Uso de normas para referenciar	--	--	4,0	(3,7-4,4)	4,3	(3,7-4,9)
Informações escritas para referenciar	4,2	(4,0- 4,4)	4,9	(4,6-5,2)	5,0	(4,6-5,5)
Organização dos prontuários por família	--	--	5,6	(5,5-5,8)	5,9	(5,8-6,0)
Organização dos serviços baseada nas necessidades da comunidade	--	--	2,5	(2,2-2,9)	4,1	(3,6-4,7)
Referenciamento pelo profissional da UBS	5,4	(5,3- 5,5)	--	--	--	--
UBS atende as necessidades dos usuários	2,9	(2,8- 3,1)	--	--	--	--
ESCUVA QUALIFICADA						
Compreensão dos profissionais sobre as perguntas dos usuários	5,2	(5,1- 5,3)	--	--	--	--
Resposta clara às perguntas dos usuários	4,9	(4,8 -5,0)	--	--	--	--
Registro das queixas no prontuário	5,2	(5,1- 5,3)	--	--	--	--
Percepção do usuário como doente	3,7	(3,6-3,8)	--	--	--	--
Percepção do usuário como ser humano	3,5	(3,4-3,6)	--	--	--	--
Participação do usuário em casos de transferências	3,0	(2,8- 3,2)	4,8	(4,5-5,0)	4,8	(4,3-5,4)
Interesse sobre opinião do usuário	2,7	(2,5- 2,8)	--	--	--	--
Tempo para manifestação de dúvidas	4,7	(4,5- 4,8)	4,7	(4,5-5,0)	4,4	(3,9-4,9)
VÍNCULO						
Examinado pelo mesmo profissional	3,8	(3,6- 3,9)	4,6	(4,4-4,8)	4,8	(4,4-5,2)
Busca UBS para ações preventivas	4,8	(4,7-4,9)	--	--	--	--
Busca UBS	4,2	(4,1-4,3)	--	--	--	--
Investigação sobre doenças dos membros da família	2,8	(2,6-3,0)	4,8	(4,6-5,1)	5,2	(4,9-5,6)
Possibilidade de falar com a família do usuário	2,5	(2,3-2,6)	4,4	(4,1-4,7)	5,0	(4,7-5,4)
Interesse sobre condições de vida do usuário e família	1,8	(1,7-1,9)	4,6	(4,3-5,0)	5,2	(4,8-5,5)
Visitas domiciliares	4,9	(4,8-5,0)	5,6	(5,4-5,7)	5,8	(5,6-6,0)
Índice Composto do Acolhimento	3,7		4,0		4,3	

6 DISCUSSÃO

Quando comparados os percentuais de participação no estudo tanto de profissionais (44,9%) quanto de gestores (23%) fica demonstrada a dificuldade de coleta de dados com esses grupos, principalmente pela baixa participação do profissional médico (24,7%). De acordo com Cruz (2011), este impasse pode estar relacionado com o entendimento equivocado do conceito de avaliação em saúde, por este ser atrelado a juízo de valor e na lógica da sociedade moderna o julgamento ainda é associado à punição.

De acordo com a população estudada, o pouco tempo de atuação dos gestores na função e a ausência de alguns profissionais nas unidades de saúde pode ser um indicador de discordância entre a política oficial do SUS e a gestão do trabalho das equipes de saúde da família. Segundo Reis et al. (2013) para que haja uma consolidação dos processos de trabalho e gestão é necessário tempo de maturação, o que é dificultado pela rotatividade de gestores e profissionais de saúde e ainda pela pouca disponibilidade de tempo dos profissionais nas UBS.

No estudo ora apresentado, a maioria dos usuários entrevistados era composto de pessoas do sexo feminino e com ensino fundamental incompleto. Resultados de outras pesquisas também demonstram uma maior procura e demanda das mulheres pelos serviços de saúde em relação ao público masculino, visto que os homens costumam recorrer aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada (CABRAL et al., 2012; NUNES et al., 2012; ÁVILA, 2003; NASCIMENTO; GOMES, 2008).

As análises demonstram que as percepções dos gestores, na maioria dos indicadores estudados, apresentaram percentuais e escores mais elevados quando comparados com os outros dois grupos, principalmente em relação ao usuário. Deixa claro, ainda, a discordância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam os serviços.

Embora o Índice Composto do Acolhimento para os sujeitos tenha alcançado valores diferentes sendo para o usuário foi de 3,7; para o profissional 4,0 e para o gestor 4,3, tais valores indicam que o usuário não se percebe acolhido pelo serviço, mas demonstra também que tanto para os profissionais quanto para os gestores o acolhimento necessita de intervenção nos serviços da saúde da família.

Os sujeitos da pesquisa concordaram que o acolhimento visto pelo panorama do acesso apresentou fragilidades e foi considerado insatisfatório. Esse resultado foi encontrado por

Correa et al. (2012) no estudo realizado em Cuiabá-MT e por Reis (2013) no estudo sobre acesso aos serviços em São Luís –MA. Tal achado evidencia que os princípios do SUS, no que se refere ao acesso, está sendo desrespeitado.

Os indicadores na categoria acesso que demandam melhoria foram: facilidade em conseguir consulta, tempo de espera pelo atendimento e a permissão para olhar o prontuário.

Divergências nas expectativas dos sujeitos envolvidos: usuários, profissionais e gestores em relação à atenção desenvolvida têm sido verificadas na literatura e foi identificada também no estudo de Reis et al. (2013). Sobre o acesso e utilização dos serviços na ESF realizado em São Luís –MA, essa semelhança foi novamente notada nessa pesquisa.

Ficou demonstrado que os serviços das UBS não têm sido resolutivas para os usuários, fato que está de acordo com o achado no estudo de Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) em Minas Gerais e com o de Correa et al. (2012) ao considerar que este fato interfere na escolha do serviço e essa baixa resolubilidade gera encaminhamentos desnecessários, razão pela qual o usuário muitas vezes busca um serviço mais distante de sua residência.

Porém, em outra pesquisa realizada por Nunes et al. (2012) sobre a resolubilidade da atenção básica, que calculou o índice de resolubilidade específica, apontou que apenas 8,6% de todos os casos, atendidos na UBS estudada, foram referenciados para outros serviços. Representando, portanto, uma resolubilidade de mais de 90% dos casos. Outro estudo realizado por Cabral et al. (2012), encontrou que apenas 7% dos usuários atendidos por médicos, em uma UBS na cidade de São Paulo, foram encaminhados para outros serviços, demonstrando que o atendimento foi resolutivo em 93% dos casos. Comprovando, assim, que é possível ter uma atenção básica resolutiva.

Tal achado reforça que a Atenção básica pode resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população. Mas, para que isso ocorra, é necessário que os serviços sejam organizados com base nas necessidades da comunidade assistida. A lógica deveria ser um serviço centrado no usuário.

Na categoria resolubilidade, as variáveis que mais necessitam urgentemente de alinhamento são: organização dos serviços baseados nas necessidades da comunidade e a UBS atender às necessidades dos usuários.

Para o usuário não acontece a escuta qualificada, uma vez que ele não se sente ouvido. Enquanto que para os profissionais e gestores ela ocorre, e é satisfatória. Na pesquisa de Raimundo e Cadete (2012) ficou claro que a escuta qualificada é uma ferramenta que surge

apenas nos espaços coletivos.

Cavalcante Filho (2009) refere que com a escuta qualificada seria garantida a universalidade ao atendimento ao usuário. E a necessidade do sujeito é que definiria a configuração das ofertas de ações e serviços já que a responsabilização com o usuário orientaria o processo de trabalho, e não o contrário.

No estudo de Brehmer e Verdi (2010) em uma de suas categorias há evidências que demonstram o desejo de o usuário querer sentir-se acolhido, escutado por ter vivenciado experiências no cotidiano da UBS, que se configuraram em relatos de exclusão e de negação do direito à saúde.

No panorama da escuta qualificada o que mais demanda intervenção são os indicadores, a percepção do usuário como ser humano completo e o interesse sobre a opinião do usuário quando de seu tratamento pelos trabalhadores de saúde.

Nesta pesquisa apresenta-se e aponta-se a necessidade de reflexão sobre valores assumidos na PNH, traz-se à tona a importância do acolhimento nos serviços de saúde e retoma-se questões de bioética com relação à autonomia do paciente/usuário, quando o profissional de saúde não percebe o usuário como ser humano completo, a sua complexidade e ainda o pouco interesse do profissional da saúde em relação à opinião do usuário sobre seu próprio tratamento. É um princípio que se refere ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem, inclusive o da autodeterminação (SGRECCIA, 2002).

No caso desta pesquisa, para o usuário, o vínculo foi considerado insatisfatório, fato que expressa a fragilidade dos laços que os usuários possuem com o serviço da saúde da família. Enquanto que para profissionais e gestores, o vínculo acontece e é satisfatório.

Como o vínculo está diretamente ligado à relação entre usuário e profissional de saúde, sendo proposta da ESF a descrição de um território e população, para cada equipe de saúde da família, segundo Cunha (2009) esta pode ser traduzida na utilização da UBS como fonte regular de cuidado continuado e preventivo.

Um vínculo mais estreito entre a ESF e os usuários deveria ser rotina nas UBSF, no entanto o que se percebe é uma ação que contraria os próprios princípios do SUS e da atenção básica. O que, de acordo com Coelho e Jorge (2009) fortaleceria a familiaridade e participação do usuário no processo. Na pesquisa desses autores ficou nítida na fala dos usuários, a necessidade do estabelecimento de contato entre profissional e usuário, no sentido de conhecer o paciente, manter vínculo e manter uma sequência no acompanhamento desse

usuário.

Constatou-se também que na categoria vínculo o que mais necessita ser melhorado é o indicador: interesse sobre condições de vida do usuário e família. Novamente fica demonstrado que o olhar de quem está na gestão se distancia de quem deveria ser o objetivo do serviço, ou seja o usuário.

Por fim, é necessário, pontuar sobre o *PCATool* utilizado aqui nesta pesquisa, pois sendo um instrumento quantitativo, feito para avaliar de forma numérica um objeto, conseguiu mensurar e obter escore para o objeto - acolhimento – que possui características qualitativas, o que se pode definir como um desafio, porém, demonstrou-se as potencialidades, ocorrendo assim, ampliação e novas possibilidades na utilização do instrumento em outros estudos.

7 CONCLUSÕES

O acolhimento nas unidades de saúde da família necessitam de intervenções urgentes. Ficou demonstrado que os usuários consideram o acolhimento insatisfatório, com índice composto (IC) de 3,7, quando analisados os 31 indicadores dos usuários a insatisfação ficou ainda mais comprovada apresentando 54,8% como insatisfatório. Para os profissionais foram 24 variáveis avaliadas, que obteve índice composto de 4,0 e foi considerado 58% de insatisfatório. Enquanto que para os gestores o Índice Composto foi 4,3 e somente 33% dos indicadores foram considerados insatisfatórios.

Considerou-se, portanto, que o acolhimento pode favorecer a reorganização dos serviços de saúde e a qualificação da assistência prestada, quanto aos objetivos específicos, estes tinham como finalidade caracterizar as condições de acesso, identificar a ocorrência de resolubilidade nos serviços da UBSF, verificar a escuta qualificada no processo de trabalho e caracterização das relações de vínculo, na perspectiva do usuário, profissional e gestor nas UBSF em São Luís.

Para que estudos como este possam trazer efetivas contribuições ao atendimento em saúde, faz-se necessário que os profissionais de saúde e gestores repensem suas práticas, e que busquem sempre atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Na avaliação dos serviços, a escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante, bem como ocorre a organização do serviço e o processo de trabalho. Foram identificados alguns fatores que dificultam o acesso, tais como a espera prolongada pelo atendimento, dificuldade em conseguir consulta, o funcionamento da UBS, a organização do serviço que não está de acordo com as necessidades da comunidade, o fato de o usuário não ser percebido como ser humano completo, o da não participação nos casos de transferência para outros serviços, o baixo interesse sobre a opinião do usuário sobre seu tratamento e baixo interesse sobre condições de vida do usuário e família.

Questões como estas, aqui referidas e pesquisadas podem não apenas ser consideradas, mas, sobretudo, devem, sim, provocar reflexões, principalmente nas práticas cotidianas nos serviços de saúde tanto dos profissionais como dos gestores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.; MACINKO, J. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. In: **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Brasília: OPAS/MS, 2006.

ASSIS, M.M.A. et al. orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(2):465-469.

BARRA, S AR.O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 13, n.2, jan./jun. 2011, p. 119-142.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica :reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3569-3578, Santa Catarina ,2010

BARROS, M.E.B et al. Saúde e Trabalho: Experiências da PNH e a Atenção Básica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.p 48-58.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados** – Brasília: CONASS, 2011a.436 p. – (CONASS Documento, 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS** - material de apoio -3ed-Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATtool**. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasil: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.20 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**, Secretaria de Atenção á Saúde ,Política Nacional da Atenção e Gestão do SUS.-1 ed.1 reimpr.-Brasília: Ministério de Saúde,2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, v. 204; 2011 Out 24, seção 1, p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização 4.ed. Brasília: Editora MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de formação em saúde do trabalhador.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W.S., GUERRERO, A.V.P. (Org.); **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, p.143, 2010.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

CAVALCANTE FILHO, JB. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.,** v.13, n.31, out/dez 2009, p.315-28.

COELHO, MO; JORGE, MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva,** 14(Supl. 1):1523-1531, 2009.

COSTA, RP. Interdisciplinariedade e equipes de saúde: concepções. **Mental,** ano v;n.8. Barbacena-MG, 2007, p.107-124.

COUTINHO, A.F; et al. (org.). **Política Municipal de Humanização.** Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, Ed: SEMUS, 2007.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In : MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.181-199. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 20 mar. 2014.

ESPERANÇA, Ana Carolina; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; MARCOLINO, Clarice. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.10, n.1, Jan./Mar. 2006. **Rev. Min. Enf**; 10(1):30-36, jan./mar., 2006

CUNHA, Elenice Machado. **Vínculo longitudinal na Atenção Primária: Avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009, 171f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – ENSP, Rio de Janeiro.

FARIA, H.P., VASCONCELOS, M., GRILLO, M.J. C. et al., **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 4 v. 72p. 2009.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte, NESCON/UFMG, 2010.

FERNANDES, FMB. et al. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1667-1677, SET, 2011.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

FIGUEIRÓ, A.C; THULER, L.C.; DIAS, A.L.F. Padrões Internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z.M.A. FELISBERTO, E; SILVA L.M.V.(orgs.). **Meta avaliação da atenção básica á saúde: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008.

FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**. Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 1999; 15:345-53.

GONÇALVES, D. A; FIORE, M.L.M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. Módulo Psicossocial, Edição, Distribuição e Informações UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2011.

GUERRERO, P; MELLO, ALSF; ANDRADE, SR. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 132-40.

HARTZ, Z. et al. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

KRUG, SBF; LENZ, FL; WEIGELT, L.D, et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.9, n.1, jan./jun.2010, p.77-88.

LÉLIS ,L.J. B. Painel 20/074: Indicador de resolubilidade como instrumento de avaliação da regionalização da assistência à saúde no SUS/MG. In: V Congresso CONSAD de Gestão Pública,V,2012,Centro de Convenções Ulisses Guimarães. **Indicador de resolubilidade como instrumento de avaliação da regionalização da assistência à saúde no SUS/MG.** Brasília-DF,2012.

LIMA, MADS; RAMOS, DD; ROSA, RB et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.** 2007 Jan-Mar; 20(1):12-17.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. livro 1.Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MELLO, I M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil:** conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo, 2008.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na Produção de Saúde. In: REIS AT, SANTOS AF, CAMPOS CR, MALTA DC, MERHY EE. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã,1998. p. 143-60.

MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed.São Paulo:Hucitec,2004.

MITRE, S.M.; et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2071-2085, 2012.

MOTA,P. de P.**O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do Processo de trabalho no Programa Saúde da Família.** 2009, 27 f. Trabalho de Conclusão de Especialização para obtenção de título de especialista em Atenção Básica e Saúde da Família.

NASCIMENTO EF, GOMES R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública.** 2008; 24(7):1556-1564.

NEVES, M A B. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. Painel 09/034- **Gestão e articulação de atores.** III Congresso Consad de Gestão Pública.Brasília,2010.

NUNES, A.A. et al. Resolubilidade da Atenção Básica e o PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, nº 36; 2012, p.27-32;

PASCHE, D F. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.p 12-28.

PEREIRA, AD et al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre,2010 març;31(1)p.55-61.

PINHEIRO,R.S. e ESCOSTEGUY,C.C. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In MEDRONHO,R.A. et al. **Epidemiologia.** 2.ed.-São Paulo. Editora Atheneu,2009.

POLITO, A.G. **Michaelis Dicionário de Sinônimos e Antônimos**. 3. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

RAIMUNDO, J.S; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25 (Número Especial 2):61-67 .

REIS, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3321-3331, 2013

REIS, RS. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família como Porta de Entrada do Sistema Único em São Luís-MA**. 92p2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. UFMA, São Luís.

SANCHO LG, DAIN S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):765-774, 2012.

SANTOS, RC. **Saúde Todo Dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

SANTOS-FILHO SB. Perspectives of the evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy: conceptual and methodological aspects. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007; 12(4): 999-1010. Portuguese.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y, Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética I: fundamentos e ética biomédica**. 2. ed. São Paulo. Loyola, 2002, p.686.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(1):179-181, jan-mar 2013

SCHIMITH, M.D; LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saude Publica** 2004; 20(6):1487-1494.

SOLLA, JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. Recife. 2005; 5(4) p.493-503.

SOUZA, ECF et al. Acesso e acolhimento na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

SOUZA, M.F; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. **Ciência e Saúde Coletiva** 2009; 14(Sulp.1):1325-1335.

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, S190-S198, 2004. Supl. 2.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais e gestores)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

São Luís, de de

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado (a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão e tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica em Saúde existentes em São Luís – MA, por meio dos escores de seus atributos obtidos a partir do olhar do gestor, do profissional de saúde e da experiência de utilização dos usuários.

Com este estudo, se buscará aprimorar uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação do desempenho do sistema de atenção básica e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados ,guardando assim absoluto sigilo sobre as informações .Após a conclusão do trabalho de campo , os dados serão publicados , mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária e de seu livre arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem ,pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção básica em nível local no Brasil.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora da equipe de pesquisadores, Professora, Doutora Liberata Campos Coimbra da Universidade Federal do Maranhão, no telefone 9972-3091, ou pelo email liberata@uol.com.br. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão à Avenida dos Portugueses, Campus Universitário do Bacanga , s/nº, Prédio CEB Velho, PPPG, Comitê de Ética , sala 07 , Bloco B ou pelo telefone 3301-8708.

Coordenadora da pesquisa,
Profª Drª Liberata Campos Coimbra

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários e acompanhantes)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

São Luís, de de

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado (a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão e tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica em Saúde existentes em São Luís – MA, por meio dos escores de seus atributos obtidos a partir do olhar do gestor, do profissional de saúde e da experiência de utilização dos usuários.

Com este estudo, se buscará aprimorar uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação do desempenho do sistema de atenção básica e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados ,guardando assim absoluto sigilo sobre as informações .Após a conclusão do trabalho de campo , os dados serão publicados , mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária e de seu livre arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem ,pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção básica em nível local no Brasil.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora da equipe de pesquisadores, Professora, Doutora Liberata Campos Coimbra da Universidade Federal do Maranhão, no telefone 9972-3091, ou pelo email liberata@uol.com.br. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão à Avenida dos Portugueses, Campus Universitário do Bacanga , s/nº, Prédio CEB Velho, PPPG, Comitê de Ética , sala 07 , Bloco B ou pelo telefone 3301-8708.

Coordenadora da pesquisa,
Profª Drª Liberata Campos Coimbra

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO A – Questionário para profissionais

Número do questionário:	_____
Data (digitação dos dados):	_____
Dados digitados por:	_____
Código do arquivo:	_____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER
PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA
PESQUISA

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por:* James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu título		
4.	Sua função	Administradora	
(Marque só uma resposta)		Agente Comunitário de Saúde	
		Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)	
		Enfermeira/o	
		Médico/a	
		Outro profissional de saúde	
		Outro gestor (especifique)	
5.	Organização		
6.	Número de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		
12.	Tipo de organização	Consultório privado	Clínica ambulatorial privada
(marque só uma resposta)		Equipe Saúde da Família	Clínica ONG ou religiosa
		Centro de Saúde	Hospital público
		Posto de Saúde	Hospital privado
		Clínica ambulatorial pública	Outro (especifique) _____

B. Recursos humanos	
13.	Por favor, indique quantos e que tipo de profissionais trabalham na unidade
	Tipo de profissional
	Número de pessoas
	Agentes Comunitários de Saúde
	Auxiliares de Enfermagem
	Enfermeiros
	Médicos
	Odontólogos
	Psicólogos
	Assistente Social
	Outros profissionais de saúde (especifique) _____
	Outros que não são profissionais de saúde (especifique) _____

C. Acesso		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
14.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a unidade teve uma adequada* oferta de medicamentos?	1	2	3	4	5	6	88
15.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a unidade teve adequado* equipamento básico e estoque para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
16.	Quantos usuários/clientes pagam alguma quantia para ser atendido (copagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
18.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?							
19.	Qual é o horário normal de funcionamento da sua unidade de atenção básica?	De _____ horas às _____ horas						
20.	A unidade fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
22.	Quando a unidade está fechada , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
24.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88

E. Vínculo								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
25.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo esmo profissional?	1	2	3	4	5	6	88
26.	A unidade tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
27.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida obre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Os profissionais de saúde da sua unidade normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços								
Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
32.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
33.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
34.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
36.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
37.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
38.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
39.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
40.	Controle/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
41.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
42.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Tratamento/controlado de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
44.	Tratamento /controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
46.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
47.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
48.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
49.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
50.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
51.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
55.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88

G. Coordenação		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
56.	Para que porcentagem das crianças atendidas existe um registro obrigatório?	1	2	3	4	5	6	88
57.	Que porcentagem usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
58.	Para que porcentagem das grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Quantas grávidas tem em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Quando um usuário/cliente precisa ser transferido para outro serviço, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
63.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando os pacientes são referidos para outro serviço, os profissionais da atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Existe colheita de material para exames laboratoriais em sua unidade?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Os resultados dos exames laboratoriais são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
69.	O agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	O usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
72.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário cliente?	1	2	3	4	5	6	88
74.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88

H. Enfoque familiar								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
75.	Que porcentagem dos prontuários médicos é organizada por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
77.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para a comunidade								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
79.	Realiza enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Realiza enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
81.	Tem representantes da comunidade participando na direção da unidade ou dos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base os problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88

J. Formação profissional		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
86.	Que porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
88.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
90.	A equipe de atenção básica foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex.: cultura, nível socioeconômico etc.)	1	2	3	4	5	6	88

K. Auto-avaliação de confiança nas respostas		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher esse tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.								
91.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

Suas sugestões, comentários e/ou dúvidas

Agradecemos sua participação.

Por favor, envie este documento para o _____ na _____.

Para poder incluir suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia _____ de _____.

ANEXO B- Questionário para gestores

Número do questionário:	_____
Data (digitação dos dados):	_____
Dados digitados por:	_____
Código do arquivo:	_____

CABEÇALHO**Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil**

(Para ser aplicado aos decisores ou supervisores que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por:* James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu título		
4.	Sua função	Administradora	
(Marque só uma resposta)		Agente Comunitário de Saúde	
		Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)	
		Enfermeira/o	
		Médico/a	
		Outro profissional de saúde	
		Outro gestor (especifique)	
5.	Organização		
6.	Número de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		
12.	Tipo de organização	Consultório privado	Clínica ambulatorial privada
(marque só uma resposta)		Equipe Saúde da Família	Clínica ONG ou religiosa
		Centro de Saúde	Hospital público
		Posto de Saúde	Hospital privado
		Clínica ambulatorial pública	Outro (especifique) _____

C. Acesso								
(*) Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários /clientes que procuram esta unidade de atenção básica.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
16.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem das unidades de atenção básica havia uma adequada* oferta de <i>medicamentos essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem dessas unidades havia adequado* <i>equipamento básico e estoque</i> para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
18.	Que porcentagem das unidades básicas exige algum pagamento dos usuários/clientes na hora do atendimento (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
19.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
20.	Geralmente, as unidades de atenção básica estão abertas durante o fim de semana?							
21.	Qual é o horário normal de funcionamento das unidades de atenção básica?	Centro de Saúde		De _____ horas às _____ horas				
		Posto de Saúde		De _____ horas às _____ horas				
		PSF		De _____ horas às _____ horas				
		Outros		De _____ horas às _____ horas				
22.	Que porcentagem das unidades de atenção básica fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
24.	Quando a unidade está fechada , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
25.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
26.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88

E. Vínculo								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
27.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo esmo profissional?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida obre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Acha que os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
32.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
33.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços								
Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
34.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
36.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
37.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
38.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
39.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
40.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
41.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
42.	Controle/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
44.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
46.	Tratamento /controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
47.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
48.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
49.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
50.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
51.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
55.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
56.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
57.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88

G. Coordenação								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
58.	Em que porcentagem das unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de todas as crianças atendidas?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Que porcentagem usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Em que porcentagem das unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Quantas grávidas tem em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
63.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os diferentes níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando um usuário/cliente precisa ser transferido para outro serviço, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Quando os pacientes são referidos para outro serviço, os profissionais da atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
69.	Em que porcentagem das unidades existe colheita de material para exames de laboratório na própria unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	Em que porcentagem das unidades são os resultados dos exames de laboratório encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Em que porcentagem das unidades é feito o agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
72.	Em que porcentagem das unidades o usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
74.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
75.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário cliente?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88

H. Enfoque familiar								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sem pre (81- 100 %)	Não sabe
77.	Em que porcentagem das unidades os prontuários médicos são organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
79.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para a comunidade								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sem pre (81- 100 %)	Não sabe
81.	Realizam enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades (demanda de atendimento) da população?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Realizam enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Têm representantes da comunidade participando na direção da unidade ou dos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
86.	Trabalham ou combinam com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Têm autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base os problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88

J. Formação profissional		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81- 100%)	Não sabe
88.	Que porcentagem das unidades conta regularmente com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
90.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
91.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Equipes de atenção básica estão capacitadas para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex.: cultura, nível socioeconômico etc.)	1	2	3	4	5	6	88

K. Autoavaliação de confiança nas respostas		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sem pre (81- 100 %)	Não sabe
Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher esse tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.								
93.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
94.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

<p>Suas sugestões, comentários e/ou dúvidas</p>
<p>Agradecemos sua participação. Por favor, envie este documento para o _____ na _____.</p> <p>Para poder incluir suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia ____ de ____.</p>

ANEXO C – Questionário para adultos

Número do questionário:	_____
Data (digitação dos dados):	_____
Dados digitados por:	_____
Código do arquivo:	_____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado com usuários adultos)

Apresentação

“Bom dia! Eu sou... Estou participando de uma pesquisa. Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?”

FILTRO 1: Qual a sua idade? _____ anos
(Se não sabe responder, pergunte: que ano nasceu?) _____ ano de nascimento

- Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes 1992) **não continue a entrevista.**
- Se tiver pelo menos 18 anos continue.

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?

1. O respondente esmo que vai consultar (**CONTINUE**).
2. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou o pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE**).
3. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: O(a) senhor(a) já foi atendido(a) anteriormente neste posto/centro/unidade?

1. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
2. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por:* James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

A. Informações gerais		
1.	Data	
2.	Nome do entrevistador	
3.	Código do entrevistador	
4.	Nome do posto/centro/unidade	
5.	Bairro	
6.	Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica	
	Tipo	Código
	PSF	1
	PACS	2
	Posto de saúde	3
	Centro de saúde	4
	Ambulatório hospitalar	5
	Outro (especifique) _____	6

B. Informações sobre o usuário			
7.	Sexo do usuário	Mulher	0
		Homem	1
8.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Obsevação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4 – 6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6
O(a) senhor(a) tem em casa?		Sim	Não
9.	Luz elétrica	1	0
10.	Água encanada	1	0
11.	Banheiro dentro de casa	1	0
12.	Geladeira	1	0
13.	Rádio	1	0
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.	Televisão	1	0
16.	Carro	1	0

C. Saúde do usuário								
		Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa/na	Não sabe
17.	De modo geral, nos últimos 30 dias, o senhor(a) considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99
18.	Nos últimos 30 dias o(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo de saúde?	Sim		Não	Recusa/na		Não sabe	
		1 (passe à pergunta 19)	0 (passe à pergunta 20)	88 (passe à pergunta 20)	99 (passe à pergunta 20)			
19.	Nos últimos 30 dias, quantos dias o(a) senhor(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias _____			Recusa/na		Não sabe	
					88		99	
O(a) senhor(a) tem:								
		Sim	Não	Recusa	Não sabe			
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99			
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99			
22.	Câncer?	1	0	88	99			
23.	Diabetes?	1	0	88	99			
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99			
25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99			
26.	Doença do coração?	1	0	88	99			
27.	Depressão?	1	0	88	99			
28.	Outra doença? (especifique _____)	1	0	88	99			

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o(a) senhor(a) e sua família têm recebido neste posto/centro/unidade.

D. Acesso									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste posto/centro/unidade no prazo de 24 horas ?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este posto/centro/unidade está aberto durante os finais de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento normal deste posto/unidade/centro existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este posto/centro/unidade está fechado, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto/centro/unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando vem consultar neste posto/centro/unidade o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto/centro/unidade tinha todos os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto/centro/unidade tinha todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (co-pagamento) neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99

OBS.: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

E. Porta de entrada									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o senhor(a) vem a este posto de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vem a este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto/unidade/centro antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
F. Vínculo									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
43.	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste posto/centro/unidade que lhe atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste posto/centro/unidade os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o(a) senhor(a) explicar bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional deste posto/centro/unidade que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais deste posto/centro/unidade respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
48.	Durante as suas consultas os profissionais deste posto/centro/unidade anotam suas queixas no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) esta usando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.									
51a	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51b	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99

G. Elenco de serviços									
Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade?									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para as crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (ex.: AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas (ex.: dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento /controle de hipertensão ou pressão alta	1	2	3	4	5	6	88	99
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	1	2	3	4	5	6	88	99
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação de dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

H. Coordenação									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento de sua consulta de retorno para saber resultados dos seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade , traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	1	2	3	4	5	6	88	99
78.	O profissional deste posto/centro/unidade tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) senhor(a) está sendo atendido ou examinado?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste posto/centro/unidade permitem que o(a) senhor(a) veja seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
PERGUNTA 80: SÓ PARA ULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS									
PERGUNTA 81 E 82: SÓ PARA MULHERES QUE ESTÃO GRÁVIDAS									
SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM PASSAR PARA A PERGUNTA 83.									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
80.	Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Os profissionais deste posto/centro/unidade pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(1) Sim (continue coma pergunta 84) (0) Não (Passe para a pergunta 92 – Enfoque Familiar)							
84.	Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
86.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
87.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	O(a) senhor(a) retorna a este posto/centro/unidade com as	1	2	3	4	5	6	88	99

	informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?								
89.	O(a) senhor(a) é informado neste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

I. Enfoque familiar									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
92.	Durante a consulta os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e de sua família (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	Durante a consulta, os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88	99
94.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais neste posto/centro/unidade conhecem bem sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto/centro/unidade fariam com sua família sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	Os profissionais deste posto/centro/unidade lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99

J. Orientação para a comunidade		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
97.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado para saber se os serviços deste posto/centro/unidade atendem aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importante da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
99.	A autoridades da secretaria de saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto/centro/unidade ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
100.	Este posto/centro/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
101.	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
102.	O(a) senhor(a) acha que este posto/centro/unidade trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida da comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
103.	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
104.	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
105.	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a um amigo?	1	2	3	4	5	6	88	99
106.	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
107.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
108.	Os profissionais de saúde neste posto/centro/unidade relacionam-se bem com a as comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

109. O(a) senhor(a) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvidas?

110. Observações do entrevistador

Agradecemos a sua participação.

ANEXO D – Questionário para acompanhantes de menores de 18 anos

Número do questionário:	_____
Data (digitação dos dados):	_____
Dados digitados por:	_____
Código do arquivo:	_____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil

(Para ser aplicado com adultos acompanhantes de crianças, menores de 18 anos ou incapacitados)

Apresentação

“Bom dia! Eu sou... Estou participando de uma pesquisa. Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?”

FILTRO 1: Qual a sua idade? _____ anos

(Se não sabe responder, pergunte: que ano nasceu?) _____ ano de nascimento

- Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes 1992) **não continue a entrevista.**
- Se tiver pelo menos 18 anos continue.

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?

4. O respondente mesmo que vai consultar (**CONTINUE**).
5. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou o pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE**).
6. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: A pessoa/criança que está acompanhando hoje já foi atendida anteriormente neste posto/centro/unidade?

3. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
4. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por:* James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

A. Informações gerais		
1.	Data	
2.	Nome do entrevistador	
3.	Código do entrevistador	
4.	Nome do posto/centro/unidade	
5.	Bairro	
6.	Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica	
	Tipo	Código
	PSF	1
	PACS	2
	Posto de saúde	3
	Centro de saúde	4
	Ambulatório hospitalar	5
	Outro (especifique) _____	6

B.1. Informações sobre o acompanhante			
7a.	Sexo do acompanhante	Mulher	0
		Homem	1
7b.	Qual é a sua relação com a pessoa que está acompanhando?	Mãe (ou pai)	1
		Irmão/irmã	2
		Outro parente	3
		Outro (e. g. amigo(a))	4
7c.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Obsevação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4 – 6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6

B.2. Informações sobre o paciente			
O restante das perguntas estão relacionadas à pessoa que está sendo acompanhada e que é chamada “paciente”.			
8a.	Sexo do paciente	Mulher	0
		Homem	1
8b.	Idade do paciente	_____anos (ou _____meses)	
8c.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Obsevação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4 – 6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
A casa do paciente tem?		Sim	Não
9.	Luz elétrica	1	0
10.	Água encanada	1	0
11.	Banheiro dentro de casa	1	0
12.	Geladeira	1	0
13.	Rádio	1	0
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.	Televisão	1	0
16.	Carro	1	0

C. Saúde do paciente									
		Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa/na	Não sabe	
17.	De modo geral, nos últimos 30 dias, o senhor(a) considera o estado de saúde do paciente como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99	
18.	Nos últimos 30 dias o paciente deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo de saúde?	Sim		Não	Recusa/na		Não sabe		
		1 (passe à pergunta 19)	0 (passe à pergunta 20)	88 (passe à pergunta 20)	99 (passe à pergunta 20)				
19.	Nos últimos 30 dias, quantos dias o paciente deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias _____				Recusa/na		Não sabe	
						88		99	

O paciente tem.....?:					
		Sim	Não	Recusa	Não sabe
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99
22.	Câncer?	1	0	88	99
23.	Diabetes?	1	0	88	99
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99
25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99
26.	Doença do coração?	1	0	88	99
27.	Depressão?	1	0	88	99
28.	Outra doença? (especifique_____)	1	0	88	99

**Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o paciente tem recebido neste posto/centro/unidade. Por favor re-
segundo a sua experiência como acompanhante do paciente.**

OBS.: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

D. Acesso		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta para o paciente neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) para o paciente neste posto/centro/unidade no prazo de 24 horas ?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este posto/centro/unidade está aberto durante os finais de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento normal deste posto/unidade/centro existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este posto/centro/unidade está fechado, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto/centro/unidade antes que o paciente seja atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando traz o paciente para consultar neste posto/centro/unidade o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto/centro/unidade tinha todos os medicamentos que o paciente precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto/centro/unidade tinha todos os equipamentos necessários ao atendimento do problema de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para que o paciente seja atendido neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99

E. Porta de entrada		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o paciente precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o senhor(a) vem a este posto de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o paciente tem um problema de saúde, vocês normalmente vem a este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o paciente normalmente tem que realizar uma consulta neste posto/unidade/centro antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

F. Vínculo		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
43.	Quando o paciente vem a este posto/centro/unidade para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre o tratamento do paciente consegue falar com o mesmo profissional deste posto/centro/unidade que lhe atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste posto/centro/unidade os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o(a) senhor(a) explicar bem suas dúvidas ou preocupações sobre o paciente ?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional que atende o paciente neste posto/centro/unidade compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais deste posto/centro/unidade respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
48.	Durante as consultas os profissionais deste posto/centro/unidade anotam as queixas do paciente no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados sobre todos os medicamentos que o paciente está usando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o paciente não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.									
51a	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade tratam o paciente apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51b	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade tratam o paciente como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99

G. Elenco de serviços									
Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços neste posto/centro/unidade?									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para as crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (ex.: AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas (ex.: dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento /controle de hipertensão ou pressão alta	1	2	3	4	5	6	88	99
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	1	2	3	4	5	6	88	99
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação de dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

H. Coordenação									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados de exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados de exames de laboratório do paciente para este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da consulta de retorno para saber resultados dos exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade , traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc. do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
78.	O profissional deste posto/centro/unidade tem sempre disponível o prontuário médico quando o paciente está sendo atendido ou examinado?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste posto/centro/unidade permitem que o(a) senhor(a) veja o prontuário médico do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
<p>PERGUNTA 80: SÓ PARA MULHERES (OU HOMENS) QUE ESTEJAM ACOMPANHANDO CRIANÇAS PERGUNTA 81 E 82: SÓ PARA PACIENTES MULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS PERGUNTA 83 E 84: SÓ PARA PACIENTES MULHERES GRÁVIDAS SE O ENTREVISTADO NÃO ACOMPANHA UMA CRIANÇA OU MULHER MENOR PASSAR PARA A PERGUNTA 85.</p>									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
80.	O(a) senhor(a) tem em seu poder um cartão de registro das imunizações realizadas na criança e do crescimento dela?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade pedem que o(a) senhor(a) traga consigo o registro de imunizações e do crescimento quando vem para consultar as crianças?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Quando a paciente estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	Nesta gravidez a paciente tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
84.	Os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade pedem que o(a) senhor(a) traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal da paciente toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	O paciente foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(2) Sim (continue coma pergunta 84) (1) Não (Passe para a pergunta 92 – Enfoque Familiar)							
86.	Quando o paciente vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
87.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste	1	2	3	4	5	6	88	99

	posto/centro/unidade indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?								
88.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) retorna a este posto/centro/unidade com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) do paciente com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) é informado neste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
92.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) \especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade estão interessados na qualidade da consulta do paciente com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

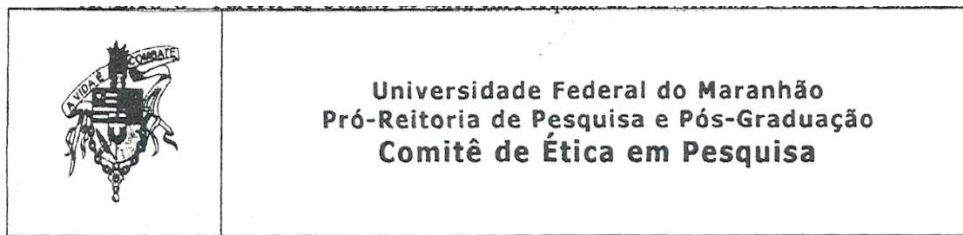
I. Enfoque familiar									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
94.	Durante a consulta os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente perguntam sobre as condições de vida da família do paciente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	Durante a consulta, os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais neste posto/centro/unidade conhecem bem a família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
97.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto/centro/unidade fariam com a família do paciente sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	Os profissionais deste posto/centro/unidade lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o tratamento do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99

J. Orientação para a comunidade		94							
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
99.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado para saber se os serviços deste posto/centro/unidade atendem aos problemas de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
100.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importante da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
101.	A autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto/centro/unidade ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
102.	Este posto/centro/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
103.	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
104.	O(a) senhor(a) acha que este posto/centro/unidade trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida da comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
105.	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
106.	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
107.	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a um amigo?	1	2	3	4	5	6	88	99
108.	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
109.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
110.	Os profissionais de saúde neste posto/centro/unidade relacionam-se bem com a as comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

111. O(a) senhor(a) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvidas?
112. Observações do entrevistador
Agradecemos a sua participação.

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO			
X	PROJETO DE PESQUISA	Número do Protocolo	2311500 8870/2009-76
	PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA	Data de entrada no CEP	14/08/09
	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	Data da assembleia	24/08/2009

I - Identificação:

Título do projeto:	Avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica do sistema único de Saúde no município de São Luis, Maranhão.		
Identificação do Pesquisador Responsável:	Liberata Campos Coimbra		
Identificação da Equipe executora:	Francisca Georgina Macedo de Sousa, Raimundo Antonio da Silva, Sabrina Varão oliveira Ribeiro, Nilza Bezerra Pinheiro da Silva, Valéria Oliveira Moreira, Jose de Ribamar Medeiros Lima júnior, Andréa Gomes Linard, Maria Ieda Gomes Vanderleiy, Alcione Miranda, Regimarina Soares Reis, Ronaldo Silva júnior, Naylle de Jesusm da Silva		
Instituição onde será realizado:			
Área temática:	III	Multicêntrico:	Não Data de recebimento: 14/08/2009
Cooperação estrangeira:	Não	Patrocinador:	Não Data de devolução 24/08/2009

II - Objetivos:

Geral:

Avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica em saúde existente em São Luis-MA, por meio dos escores de seus atributos obtidos a partir do olhar do gestor, do profissional de saúde da experiência de utilização dos usuários.

Específico:

1. Identificar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde do Município de São Luis;
2. Mensurar a presença e extensão dos atributos da atenção básica nos serviços de atenção básica no município de São Luis;
3. Avaliar o desempenho da atenção básica como "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde;
4. Elaborar o perfil dos de atenção básica do município de São Luis, comparando determinadas dimensões organizacionais entre as unidades do programa de Saúde da família (PSF);
5. Analisar a prática dos enfermeiros da rede básica de saúde do município de São Luis – MA no âmbito da consulta de enfermagem.

III - Sumário do projeto:

Este projeto de pesquisa, se propõe, considerando o cenário de atenção básica em São Luis, que possui cobertura da Estratégia Saúde da Família da ordem de 30%, associado ao fato de que ainda não há estudo realizado com o objetivo de avaliar a estruturação do modelo assistencial e a prática da consulta de enfermagem na rede básica do município, pretende responder a pergunta seguinte: a atenção básica oferecida no Município de São Luis, por meio da estratégia saúde da família cumpre os objetivos a que se propõe? A equipe de pesquisadores é formada por professores do departamento de saúde pública e de enfermagem, alunos do Mestrado em Saúde Coletiva e da graduação em Enfermagem, ambos da UFMA. Trata-se de pesquisa de caráter avaliativo da qualidade de serviços de atenção básica em saúde. As características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de saúde da família será

avaliada por uma abordagem quantitativa. Os aspectos referentes à consulta de enfermagem serão avaliados por meio de uma abordagem qualitativa.

A população estudada será formada pelos gestores da Secretaria de Saúde, pelos profissionais de saúde médicos e enfermeiros e também pelos usuários do Sistema em uma amostra representativa. O instrumento de pesquisa será baseado no Primary Care Assesmeent Tool, já validado no Brasil. Para análise da prática dos enfermeiros será utilizada observação participante e uma entrevista semi estruturada. As despesas da pesquisa ocorrerão por contada equipe de pesquisadores.

IV - Comentários do relator:

O projeto de pesquisa Avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde no município de São Luis, Maranhão se encontra neste processo com a folha de rosto assinada pela professora Maria Ieda Gomes Vanderlei, secretária Adjunta de Ações e Serviços de Saúde/SEMUS. Traz justificativa para sua execução, objetivos claros, metodologia e instrumentos de pesquisa adequados ao alcance destes objetivos. O orçamento explicitado informa sua origem. Como a secretária adjunta de Ações e Serviços de Saúde faz parte da equipe executora sugerimos que a folha de rosto

Trata-se de um projeto bem estruturada, com bibliografia atualizada e pertinente. A coordenadora bem como a equipe de pesquisadores possui currículo compatível com o trabalho proposto.

V - Pendências:

1. Anexar CD com a gravação do projeto;
2. Anexar outra folha de rosto assinada por responsável pela instituição diferente de membro da equipe executora da pesquisa;
3. Informar endereço e número telefônico correto do Comitê de Ética /UFMA.

VI - Recomendações:

VII - Parecer Consubstanciado do CEP:

Foram apresentados os documentos enumerados em Pendências; desse modo, o Protocolo **2311500 8870/2009-76**, referente à pesquisa sob o título **Avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica do sistema único de Saúde no município de São Luis, Maranhão**. é considerado por este CEP como **APROVADO**.

VIII - Data da reunião do CEP: 24/08/2009


Prof. Msc. Helder Machado Passos
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA

DATA DE RECEBIMENTO: 04/10/09
 RELATÓRIO PARCIAL: 09/10/10
 RELATÓRIO FINAL:

NOTA:

1. Anexa folha do Relatório Parcial;
2. Pesquisas com duração acima de 6 meses deverão apresentar relatórios parciais semestrais;
3. Pesquisas com duração acima de 12 meses deverão apresentar relatórios anuais;
4. Após a conclusão da pesquisa deverá ser apresentado relatório final ao CEP/UFMA.

ANEXO F – Autorização para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luis – Maranhão
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
www.pgsc.ufma.br

REQUERIMENTO

A Secretária de Saúde do Município de São Luis

Eu, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra, docente da Universidade Federal do Maranhão, professora do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, venho por meio deste requerer autorização deste órgão público, para utilização das Unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de São Luis como campo de pesquisa para realização do Estudo "Avaliação de qualidade dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luis, Maranhão", sob minha coordenação.

O grupo de estudo que realizará a pesquisa é composto por uma equipe multidisciplinar composta por Professores da Universidade Federal do Maranhão (Andréa Gomes Vinard, Ailone Miranda dos Santos, Raimundo Antonio da Silva, Francisca Georgina Macêdo de Sousa), gestores municipais (Maria Iêda Gomes Vanderlei, Lidia Saldanha Nicolau e Carlos Leonardo Figueiredo Cunha), Mestrandas da Saúde Coletiva (Regimanna Soares Reis, Nilza Bezerra Pinheiro, Sabrina Vaz de Oliveira), alunos de Iniciação Científica (Nayle Silva, Jose de Ribamar Lima Júnior) e alunos de Graduação em Enfermagem (Aíça Bianca Santana Lima, Thyago Rusevelt, Samuel Galvão de Oliveira, Felipe Barros Noleto, Adriana Laís Oliveira Saraiva, Ébia Cristine Silveira dos Santos).

A previsão para realização do estudo é de dois anos com seis meses de coleta de dados, sendo prorrogado de acordo com o andamento do mesmo.

Segue, em Anexo, cópia do projeto de pesquisa e o comprovante de aprovação deste pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

Ciente da necessidade de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica para a ampliação e qualificação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município de São Luis, desde já agradeço a colaboração.

Nestes Termos peço e aguardo deferimento

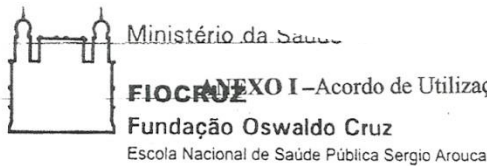
São Luis, 19 de fevereiro de 2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação e Saúde
Coordenação de Registro, Pesquisas e Extensão

Antônio de Souza Azevedo Neto
ANTORIZADO em 22/02/10

Liberata Campos Coimbra
Profª Dra. Liberata Campos Coimbra
Coordenadora de Pesquisa
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA

ANEXO G- Acordo de utilização do Produto-Fio Cruz



Rio de Janeiro, 03 de maio de 2011

ACORDO DE UTILIZAÇÃO DE PRODUTO

Este produto (constituído por instrumentos – questionários – para avaliação da organização e desempenho da atenção básica em nível local) foi adaptado e validado por Célia Almeida e James Macinko¹, no âmbito da pesquisa “Validação de uma metodologia de Avaliação rápida da organização e desempenho dos serviços de atenção básica em nível local”, cujo Relatório Final foi publicado pela Organização Pan-americana da Saúde, Escritório de Brasília, em 2006.

Essa adaptação foi feita a partir da versão original desses instrumentos elaborada por Barbara Starfield² e James Macinko, Ph.D, com financiamento obtido de várias instituições – Fundação Fulbright, Organização Pan-americana da Saúde/Escritório de Brasília e, principalmente, a Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca” (ENSP/FIOCRUZ), da Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola de Governo – Programa de Pesquisa Estratégica (PED).

A sua utilização é permitida em âmbitos nacional e internacional, desde que NÃO seja com fins comerciais, que seja explicitado claramente o crédito aos autores, mencionados neste Acordo de Utilização, e que a Escola de Governo (ENSP/FIOCRUZ) e a coordenação nacional da pesquisa (Dra. Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) seja informada de sua utilização e dos resultados obtidos. Chamamos especial atenção para a forma de referir o trabalho (especificada na nota)³.

Estando cientes e de acordo com os critérios explicitados neste documento, as partes envolvidas assinam este Acordo.

Dra. Celia Almeida
Pesquisadora Titular ENSP/FIOCRUZ
Coordenadora da pesquisa

Dra. Liberata Campos Coimbra
Universidade Federal do Maranhão
Coordenadora da pesquisa

¹ Celia Almeida, MD, MPH, PhD, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca”/FIOCRUZ; James Macinko, pesquisador titular da New York University, EUA.

² Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.

³ A referência para citação deve ser: ALMEIDA, C. & MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. *Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)/Oficina de Brasília, Ministério da Saúde, Brasil, 2006 (215 pp.).