1. INTRODUÇÃO

"As pessoas são pesadas demais para serem levadas nos ombros.
Levo-as no coração".

Dom Hélder Câmara

A cidade de Campinas vem protagonizando importante papel na construção de políticas públicas de saúde durante as últimas décadas no Brasil, alicerçado em uma sólida rede de serviços de saúde. Segundo os dados disponibilizados pelo SIOPS (BRASIL, 2012), Campinas chegou a liderar o ranking nacional de investimentos em saúde pública. Esta informação consta no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde. Segundo esta fonte, Campinas está entre as vinte maiores cidades brasileiras que mais investem, percentualmente, em Saúde Pública no País. De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde, os investimentos chegaram a 28,15% do orçamento próprio do município no primeiro semestre de 2009 (Campinas, 2009a).

Visando atender a normatização disposta pela EC - 29, de 22 de março de 2000 (EC 29/00) e a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2003), foi definido um percentual mínimo do orçamento a ser aplicado pelos municipios a partir de 2003. Segundo estas Resoluções, o município deveria aplicar, no mínimo 15% do seu orçamento e os estados 12%.

O Quadro 1.1 mostra a série histórica dos recursos aplicados pelo município de Campinas e pelo governo do estado de São Paulo.

Pode-se verificar pelo Quadro 1.1 que tanto a cidade de Campinas, como o estado de São Paulo vem aplicando o percentual acima do estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 (EC-29). No entanto, o estado de São Paulo começou a aplicar o percentual acima do preconizado, a partir de 2003. Porém a falta de regulamentação do que deve ser gasto em saúde, dificulta a cobrança e fiscalização do orçamento investido na saúde. A regulamentação da EC-29 ocorreu somente 12 anos após sua propositura, através da Lei Complementar 141/12 (CONASS, 2012).

Ano	Porcentual investido	
	Campinas	Estado de São Paulo
2000	20,34	9,58
2001	21,49	11,15
2002	23,49	11,76
2003	24,11	12,26
2004	21,17	13,74
2005	22,91	12,95
2006	22,81	12,80
2007	22,78	13,07
2008	26,41	13,46
2009	27,23	12,66
2010	23,56	12,63
2011	25,20	12,83

Fonte: SIOPS

Quadro 1.1 - Histórico do percentual aplicado pelo município de Campinas e governo do estado de São Paulo, de acordo com a EC-29, nos períodos de 2000 a 2011

Apesar do montante de investimentos no setor e do grande acúmulo de conhecimento construído durante décadas por uma rede de trabalhadores com reconhecida competência e dedicação, o sistema municipal de saúde de Campinas não tem sido capaz de se mostrar efetivo sob a ótica da população, tornando-se uma das principais fontes de queixas da população, segundo fontes da própria secretaria de saúde e da Ouvidoria Geral do município (Campinas, 2010a). Os encaminhamentos solicitados à ouvidoria são classificados como: denúncia sob averiguação, reclamações ou remessas de ofício. As principais denúncias relacionadas à saúde se referem à falta do dever de urbanidade. As principais reclamações são relativas ao atendimento prestado, falta de médico, falta de medicamentos e materiais e demora no atendimento. O termo Remessa de Ofício se refere aos encaminhamentos para solicitar informações ou para ciência de algum fato relevante (Campinas, 2010a).

Segundo consta nos relatórios de gestão dos anos de 2009 e 2010, publicado em Diário Oficial no dia 27 de fevereiro de 2010 e Diário Oficial de 29 de janeiro de 2011, uma média de 33% dos encaminhamentos à Ouvidoria Geral do Município eram relativos a saúde, conforme ilustra o Quadro 1.2 (Campinas, 2010a).

Órgão Público	Ano	
	2009	2010
Serviços Públicos	911	1176
SMS – Saúde	921	1126
Secretaria de Educação	158	191
EMDEC	134	193
Secretaria de Finanças	142	176
Secretaria de Urbanismo	90	171
SANASA (companhia de água e esgoto)	41	87
Recursos Humanos	54	60
Demais Órgãos	146	318
Total	2597	3498

Fonte: Ouvidoria Municipal de Campinas

Quadro 1.2 – Distribuição das queixas apresentadas à Ouvidoria Municipal de Campinas, durante o biênio 2009 - 2010, Campinas, 2012

A implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família em Campinas, no ano de 2001, produziu transformações importantes no modo de se produzir saúde, incorporando novas tecnologias aos processos de trabalho, configurando uma nova modelagem em saúde, isto é, uma reorganização das ações realizadas pelos atores deste processo, onde foram acrescentados alguns dispositivos importantes para a qualificação da atenção à saúde, como: acolhimento, clínica ampliada, adscrição de clientela, trabalho em equipes multiprofissionais de referência, vínculo, dentre outros.

Diante deste contexto, surge a necessidade de avaliações constantes dos resultados obtidos e o impacto que esta nova modelagem de atenção à saúde, baseado na estratégia de saúde da família produziu. A Estratégia de Saúde da Família foi adotada e incorporada por diferentes organizações, como Estados, municípios, organizações sociais, fundações estatais e outros tipos de instituições conveniadas. Estas instituições produziram, até o presente momento, poucas experiências avaliativas, principalmente, as que levam em consideração o ponto de vista dos usuários do sistema público de saúde. Assim, justifica-se a implementação de processos avaliativos que permitam aferir os avanços e identificar os problemas para a consolidação do Sistema Único de Saúde na cidade de Campinas.

As informações geradas por essa pesquisa poderão ser utilizadas como ferramenta para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas unidades de saúde, bem como para a elaboração de artigos científicos, estando disponíveis a quem possa interessar, desde que preservada a fonte.

Os dados da pesquisa serão publicizados, independentemente de serem favoráveis ou desfavoráveis à administração municipal ou local, porque podem contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde e para a melhoria das relações do serviço com a população usuária. A divulgação das informações passa a ser um compromisso ético e de responsabilidade perante o estudo e os envolvidos no projeto.

1.1 A cidade de Campinas

A cidade de Campinas, a “Princesa D’Oeste”, também conhecida como “cidade das andorinhas”, surgiu na primeira metade do século XVIII, há 14 de julho de 1774, como um bairro rural da Vila de Jundiaí. Localizado nas margens de uma trilha aberta por paulistas do Planalto de Piratininga entre 1721 e 1730. Esta trilha seguia em direção às recém-descobertas minas dos Goiases. O povoamento do "Bairro Rural do Mato Grosso" teve início com a instalação de um pouso de tropeiros nas proximidades da "Estrada dos Goiases". O pouso das "Campinas do Mato Grosso" impulsionou o desenvolvimento de várias atividades de abastecimento e promoveu uma maior concentração populacional, reunindo-se neste bairro rural 185 pessoas, no ano de 1767. Atualmente, Campinas ocupa uma área de 801 km, conta com uma população de mais de um milhão de habitantes, quatro distritos (Joaquim Egídio, Sousas, Barão Geraldo, e Nova Aparecida) e centenas de bairros. A região metropolitana de Campinas é formada por 19 cidades e uma população estimada em 2,33 milhões de habitantes (6,31% da população do Estado), constituindo-se em um dos principais pólos econômicos do estado de São Paulo (Campinas, 2010b). É um dos mais importantes entroncamentos rodoviários do país, sendo cortado pelas rodovias:

- SP 348 - **Rodovia dos Bandeirantes** que liga as cidades: Hortolândia, Sumaré, Nova Odessa, Cordeirópolis, Limeira, Santa Bárbara D'Oeste e Rodovia Anhanguera Valinhos, Itupeva, Jundiaí, Cajamar, Franco da Rocha, Caieiras, São Paulo.

▪ SP 330 - **Rodovia Anhanguera**: que interliga as cidades de Sumaré, Nova Odessa, Americana, Limeira, Ribeirão Preto, cidades do Triângulo Mineiro, no sentido capital - interior. No outro sentido (capital paulista), interliga as cidades de Valinhos, Vinhedo, Louveira, Jundiaí, Cajamar, Osasco e a cidade de São Paulo.

▪ SP 65 - **Rodovia Dom Pedro I**: interligando as cidades de Valinhos, Itatiba, Jarinú, Atibaia, Rodovia Fernão Dias, Bom Jesus dos Perdões, Nazaré Paulista, Igaratá, Jacareí, Rodovia Dutra, Rodovia Carvalho Pinto, Rodovia Tamoios (Litoral Norte).

▪ SP 101 - **Rodovia Francisco Aguirre Proença**: que interliga as cidades de Hortolândia e Monte Mor.

▪ SP 332 - **Rodovia Professor Zeferino Vaz**: que interliga as cidades de Campinas, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Engenheiro Coelho, Conchal e Mogi Guaçu. Esta rodovia é o principal acesso a REPLAN, em Paulínia.

▪ SP 340 - **Rodovia Dr. Ademar Pereira de Barros**: interliga as cidades de Jaguariúna, Holambra, Santo Antônio de Posse, Mogi Mirim, Mogi Guaçu, Estiva Gerbi, Aguaí, Casa Branca, Mococa e Sul de Minas Gerais.

▪ SP 75 - **Rodovia Santos Dumont**: interligando o Aeroporto Internacional de Viracopos, Indaiatuba, Salto, Itu, Sorocaba.

▪ **Anel Viário Magalhães Teixeira**: Ligação entre as Rodovias Anhanguera, Km 86 com Dom Pedro I, Km 128 (Campinas- Valinhos).

Campinas possui em seu território, o Aeroporto de Viracopos, um dos principais aeroportos do país em volume de passageiros e o segundo maior aeroporto em volume de cargas do Brasil. Além do aeroporto Campo de Aviação dos Amarais (Aeroclube), pertencente ao governo do estado de São Paulo.

Campinas é uma das principais fontes de produção científica e intelectual, devido à presença de importantes universidades como a UNICAMP, PUCCAMP, UNIP, São Leopoldo Mandic, Universidade São Francisco, dentre outras. Além de se constituir num dos mais importantes polos tecnológicos do país, destacando-se a presença de vários parques de alta tecnologia. A instalação destes parques é um projeto inovador, que conta com a parceria da Prefeitura Municipal de Campinas, governo do estado de São Paulo e a UNICAMP. O Parque abriga instituições de pesquisa tecnológica, como o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron (LNLS), a Fundação Centro de Pesquisa e Desenvolvimento (CPqD) e cerca de 30 empresas nacionais e multinacionais de base tecnológica, predominantemente da área de tecnologias de informação e comunicação (TIC) (Grizendi, 2007).

A figura 1.1 ilustra o mapa das cidades da Região Metropolitana de Campinas, com destaque para a cidade de Campinas.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Figura 1.1 - Região Metropolitana de Campinas (RMC)

O Quadro 1.3 mostra alguns indicadores sobre a cidade de Campinas, Região Metropolitana (RMC) e Região Administrativa (RA). Pode-se verificar que a população de Campinas corresponde a mais de um terço da população de toda a RMC e apresenta uma densidade demográfica bem maior que as outras cidades da região.

A Região Metropolitana de Campinas conta com 19 municípios e a Região Administrativa possui um total de 90 municípios.

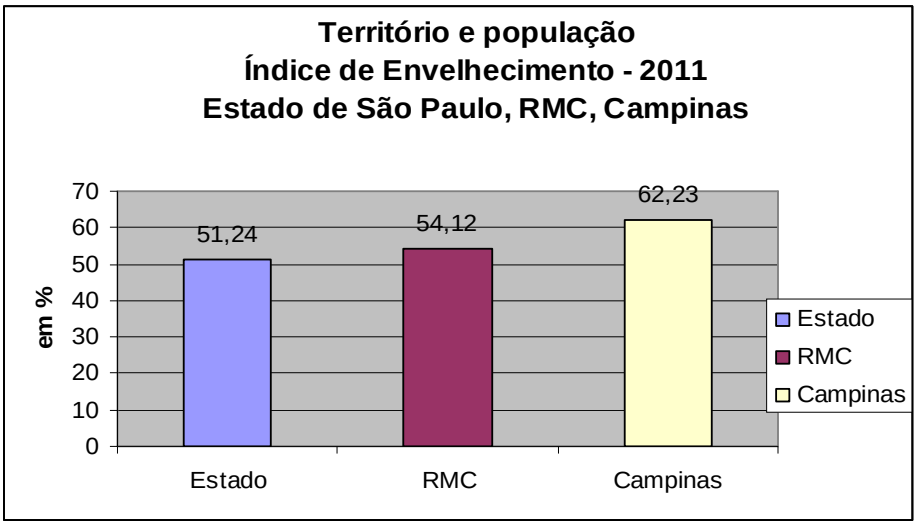
Campinas apresenta uma alta taxa de urbanização e de densidade demográfica. Apresenta índice de envelhecimento e porcentagem de população acima de 60 anos com taxas maiores da região metropolitana e do estado de São Paulo, conforme constatado no Quadro 1.3.

Território e População	Ano	Campinas	RMC	RA	Estado
Área (em Km^2)	2011	795,70	3.645,67	27.099,36	248.209,43
População	2011	1.091.946	2.847.077	6.339.615	41.674.409
Grau de Urbanização (em %)	2010	98,28	97,43	94,87	95,88
Densidade Demográfica (habitantes/Km^2)	2011	1.372,31	780,95	233,94	167,90
Taxa Geométrica de crescimento anual da população – 2000/2010 (em % a.a.)	2010	1,10	1,82	1,49	1,09
Razão de Sexos	2011	92,92	96,44	97,18	94,65
Índice de Envelhecimento (em %)	2011	62,23	54,12	56,46	51,24
População com menos de 15 anos (em %)	2011	20,28	20,75	20,81	22,51
População de 60 anos e mais (em %)	2011	12,62	11,23	11,75	11,53

Fonte: Fundação Seade. Região Metropolitana de Campinas (RMC), Região Administrativa de Campinas (RA)

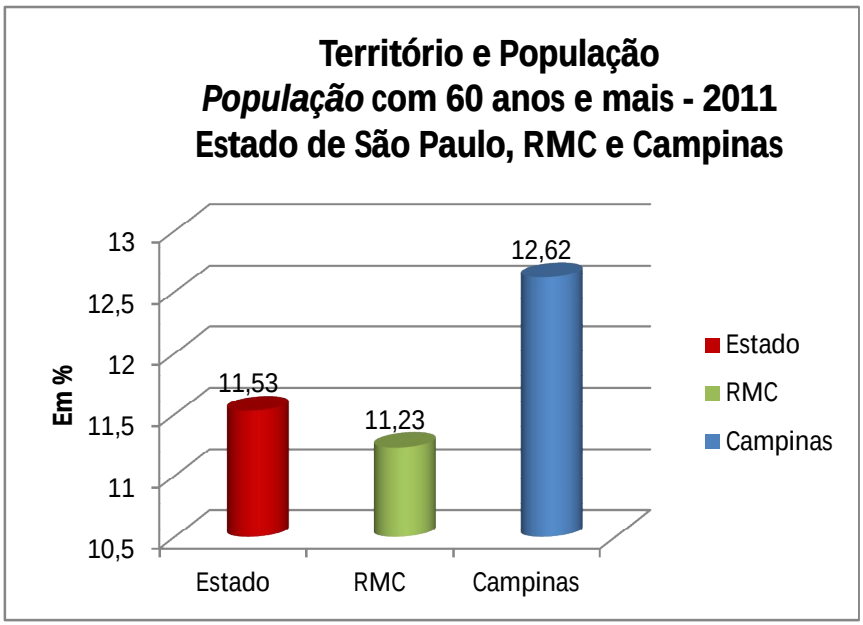
Quadro 1.3 – Dados relativos ao território e população do município de Campinas nos anos de 2010/2011, Campinas, 2012

Os gráficos 1.2 e 1.3 confirmam a tendência de envelhecimento populacional, assim como demonstra uma menor porcentagem de jovens que as demais cidades da região e do estado de São Paulo, demonstrando um índice de fecundidade inferior ao destas cidades e do estado.



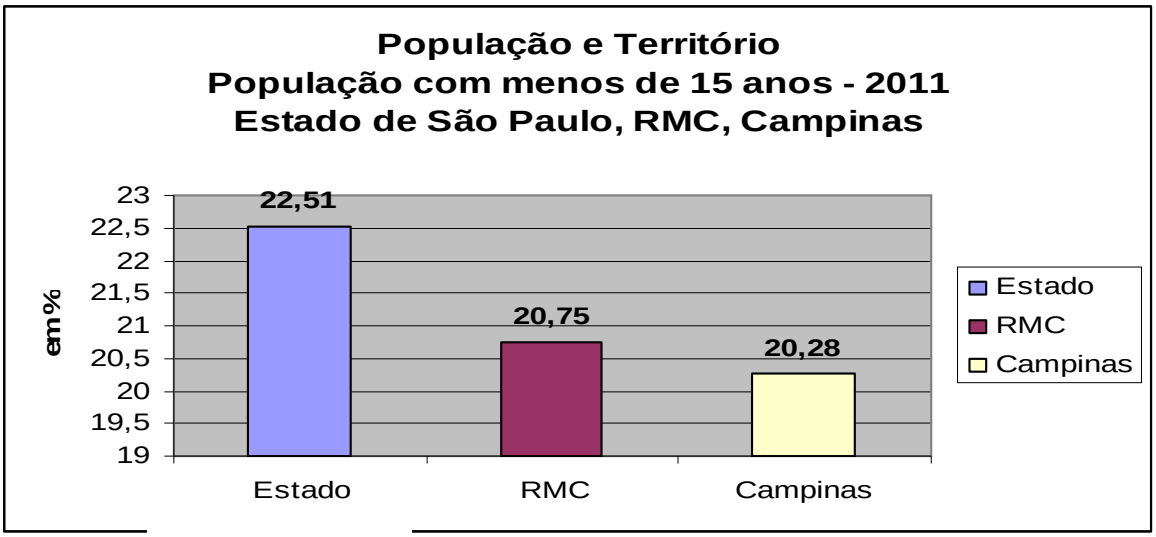
Fonte: Fundação Seade.

Figura 1.2 - Índice de Envelhecimento da população de Campinas / SP – 2011 em porcentagem



Fonte: Fundação Seade

Figura 1.3 - Porcentagem da população de Campinas/SP com 60 anos ou mais



Fonte: Fundação Seade.

Figura 1.4 - Porcentagem da população de Campinas / SP menor de quinze anos - 2011

O gráfico da Figura 1.4 mostra a população com menos de 15 anos do estado de São Paulo, Região Metropolitana de Campinas e da cidade de Campinas. O gráfico mostra que a cidade de Campinas possui uma população menor de 15 anos inferior ao encontrado no estado de São Paulo e Região Metropolitana, ratificando os dados de envelhecimento da população mencionados anteriormente.

A cidade de Campinas, assim como as demais cidades da região metropolitana e administrativa, apresenta indicadores de saúde mais favoráveis do que em relação ao estado de São Paulo.

O Quadro 1.4 apresenta alguns indicadores que ilustram esta afirmação.

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Campinas	RMC*	RA*	RG*	Estado
Taxa de Natalidade (por mil habitantes)	2010	13,87	13,85	13,63	13,74	14,69
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	2010	10,35	10,32	11,12	10,16	12,48
Taxa de Fecundidade Geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2009	47,72	48,01	48,02	47,74	52,12
Taxa de Mortalidade na Infância (por mil nascidos vivos)	2009	12,57	12,03	13,04	11,89	14,46
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 anos (por cem mil habitantes nesta faixa etária)	2009	111,05	113,07	114,83	111,82	127,25
Taxa de Mortalidade da População de 60 anos e mais (por cem mil habitantes nesta faixa etária)	2009	3.413,50	3.528,19	3.694,14	3.576,37	3.709,39
Mães adolescentes (com menos de 18 anos) (em %)	2009	6,33	6,41	7,09	6,56	7,22
Mães que tiveram sete e mais consultas de pré-natal (em %)	2009	82,91	83,07	80,72	82,43	76,61
Partos cesáreos (em %)	2009	60,90	62,97	60,66	62,12	57,56

Fonte: Fundação Seade. *RMC (Região Metropolitana de Campinas), RA (Região Administrativa), RG (Região de Governo)

Quadro 1.4 – Estatísticas vitais e saúde relativa ao município de Campinas e região no ano de 2009

O Quadro 1.5 mostra a composição atual dos centros de saúde de Campinas. A figura 1.5 mostra a distribuição e áreas de abrangências atual dos centros de saúde da cidade de Campinas, em seus respectivos distritos.

1.2 O Distrito de Saúde Sul

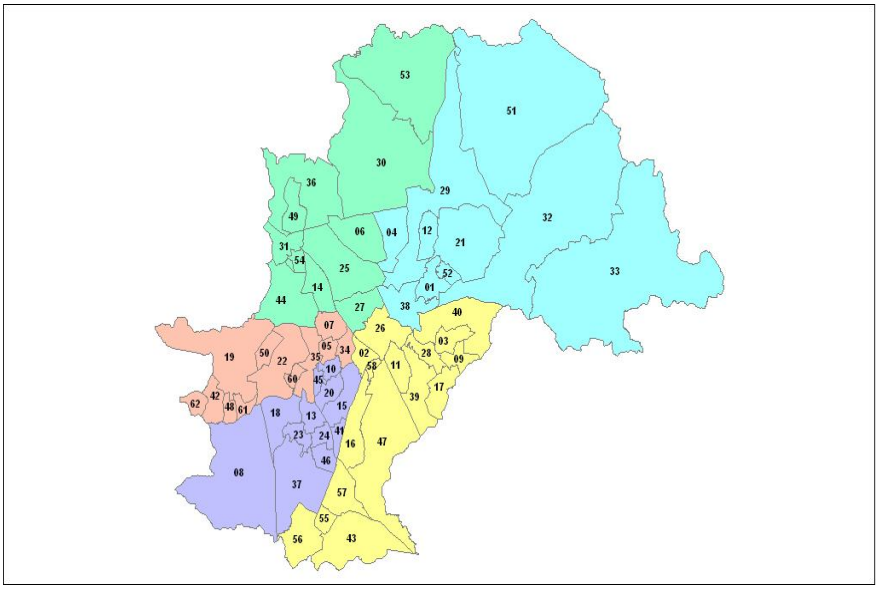
A seguir serão descritos o Distrito de Saúde Sul e as quatro unidades de saúde, as quais são objeto de estudo deste trabalho.

O Distrito de Saúde Sul é o maior e o mais complexo dentre os cinco distritos de Campinas. Devido à sua amplitude territorial e a quantidade de serviços existentes costumou-se subdividi-lo em dois eixos: o eixo Sul-Sul e o eixo Suleste.

Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 – Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orosimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 – Integração
25 – Eulina	9 – Esmeraldina	12 – São Quirino	13 – Aeroporto	19 – Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos (Tancredão)	22 – Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino (Balão)
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sousas	20 - Capivari	35 – Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egídio	23 - Dic I	42 – Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	48 – Itajaí
49 - Cássio Raposo do Amaral	39 - Villa Ipê	51 - Carlos Gomes	37 - São Cristóvão 41 - Itatinga	50 – Rossin
53 - Village	40 - Paranapanema	52 - Boa Esperança	45 - V. União / CAIC	60 - Satélite Iris
54 - Rosália	43 - São Domingos		46 - Santo Antônio	61 – Lisa
	47 - Carvalho de Moura			62 - Campina Grande
	55 - Campo Belo			
	56 - Fernanda			
	57 - Nova América			
	58 - Oziel			

Fonte: Secretaria Municipal de Campinas

Quadro 1.5 – Distribuição das unidades básicas de saúde, por distrito de saúde, Campinas, 2012



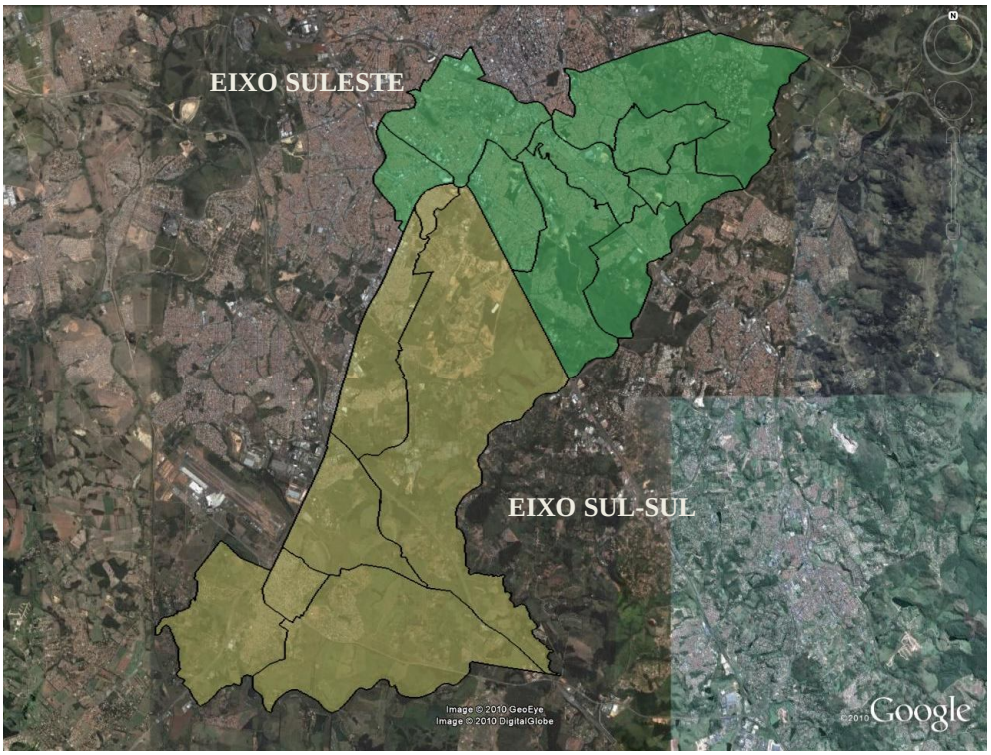
Fonte: Secretaria Municipal de Campinas

Figura 1.5 - Área correspondente às unidades básicas de saúde (Centros de Saúde), apontadas no Quadro 1.5, inserida no mapa do município de Campinas em seus respectivos distritos de saúde

O eixo Sul-Sul é composto por áreas de extrema vulnerabilidade sócio - econômica. Possui extensas áreas agrícolas, áreas industriais, aglomerados subnormais e uma grande massa populacional pertencentes às classes C e D. Sua população é composta, em sua maioria, de crianças e adultos jovens. Esta região tem carência de equipamentos públicos destinados à promoção de saúde e fortalecimento da intersetorialidade, como praças de esporte e outras áreas de lazer, centros profissionalizantes e de geração de renda.

Compõem este eixo as seguintes unidades de saúde: Centro de Saúde Carvalho de Moura, Centro de Saúde Campo Belo, Centro de Saúde Jardim Fernanda, Centro de Saúde Nova América, Centro de Saúde São José, Centro de Saúde Oziel e Monte Cristo, Centro de Convivência Bem Viver e Pronto Atendimento São José.

A Figura 1.6 mostra a divisão do Distrito de Saúde Sul nos eixos Sul – Sul e Suleste.



Fonte: Secretaria Municipal de Campinas

Figura 1.6 – Divisão do Distrito de Saúde Sul

O eixo Suleste é uma região mais bem estruturada socialmente. É caracterizada pelo contraste social entre suas áreas. Localiza-se, nesta parte do Distrito Sul, o maior número de serviços de saúde e outros equipamentos sociais, desde unidades básicas, policlínicas, até hospitais públicos e privados. Além de praças de esporte, centros de comércio, cinemas, centros profissionalizantes, dentre outros. Grande parte de sua população se concentra na faixa etária maior de sessenta anos, necessitando priorizar os recursos existentes para esta população e definir políticas públicas voltados a esta população.

Compõem o eixo Suleste as seguintes unidades: Centro de Saúde Parque da Figueira, Centro de Saúde Santa Odila, Centro de Saúde Vila Ipê, Centro de Saúde São Vicente, Centro de Saúde Esmeraldina, Centro de Saúde Paranapanema, Centro de Saúde Vila Rica, Centro de Saúde Orozimbo Maia, Centro de Saúde Faria Lima, Policlínicas II e III, Centro de Atenção Psico-Social Antonio da Costa Santos (CAPS), CAPS AD (álcool e droga), Centro de Convivência Rosa dos Ventos, Centro de Convivência Portal das Artes e Hospital Municipal Mario Gatti.

O Quadro 1.6 relaciona as unidades de saúde de Campinas, o numero de equipes de referência por unidade e a população de referencia.

Distrito de Saúde	Nome da UBS	Nº de equipes	Nº de habitantes
Sul	Campo Belo	01	10.638
	Carvalho de Moura	02	11.460
	São Vicente	02	11.462
	São José	03	31.437
	Figueira	02	17.615
	Esmeraldina	02	12.421
	Faria Lima	04	34.734
	Fernanda	01	11.765
	Santa Odila	02	15.322
	Vila Ipê	03	28.544
	São Domingos	02	11.111
	Nova América	01	7.237
	Orozimbo Maia	03	22.001
	Oziel	01	11.424
	Paranapanema	03	25.344
	Vila Rica	02	14.724
Subtotal	16 unidades	34	277.239

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (TABNET), dezembro de 2009.

Quadro 1.6 - Relação de centros de saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas, número de equipes e de habitantes das unidades, no ano de 2010

1.3 As unidades de saúde

As quatro unidades pesquisadas possuem diferentes características e complexidades. Conforme se pode constatar pela série histórica de nascidos vivos (Quadro 1.7) que, unidade de saúde como o CS São José possui índice de crescimento muito elevado, devido à sua extensão territorial e cobertura populacional muito acima da preconizada pelo Ministério da Saúde, para as equipes de saúde da família. Vale ressaltar que esta unidade era responsável por três módulos de saúde da família, sendo cada um deles, com tamanho e complexidades de uma unidade básica de saúde. Atualmente, estes três módulos já se transformaram em centros de saúde, se desligando de sua matriz.

Centro de Saúde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Média
CS Carvalho de Moura	97	80	101	113	102	97	104	116	156	116	86	106
CS Esmeraldina	178	150	146	148	155	119	117	134	133	143	152	143
CS São Jose	875	835	844	770	780	812	729	739	780	578	513	750
CS Vila Rica	199	185	162	172	154	166	173	180	183	184	156	174

Fonte: SINASC – CAMPINAS

Quadro 1.7 - Nascidos Vivos por área de abrangência dos centros de saúde, Campinas - 2000 a 2010

Excetuando o CS São José, as demais unidades de saúde possuem indicadores mais equilibrados entre si, sem apresentar grandes diferenças. O CS Carvalho de Moura possui a maior área em extensão territorial de todo o Distrito de Saúde Sul e uma das maiores áreas de Campinas. Este dado se torna um grande dificultador para a implementação de ações de saúde no território.

Serviços disponíveis nas unidades, segundo a Secretaria de Saúde de Campinas:

a) Consultas e Especialidades Enfermagem - Clínica Médica - Odontologia - Pediatria - Psiquiatria - Terapia Ocupacional - Psicologia - Ginecologia/Obstetrícia;

b) Serviços Assistenciais - Aplicação de medicamentos - Atendimentos programáticos de enfermagem - Inalações - Procedimentos complexos de enfermagem - Verificação de sinais vitais

c) Vacinação de adultos - Vacinação de crianças - Procedimentos cirúrgicos básicos - Tratamento odontológico preventivo - Curativos - Serviço de Atenção a Tuberculose - Programa Saúde da Família - Controle e Acompanhamento a Gestação - Programa de Saúde Mental;

d) Exames de Apoio Diagnóstico Acuidade Visual - Papanicolau - Exames laboratoriais - Biópsias - Eletrocardiograma – Glicosimetria;

e) Vigilância em Saúde Acidentes de Trabalho - Carteira de Saúde - Vigilância Epidemiológica - Vigilância Sanitária;

f) Atividades Externas Atendimentos domiciliares – Convocações;

g) Outros Serviços Especializados Esterilização de Materiais - Farmácia - Informações gerais de saúde.

1.3.1 Centro de Saúde Carvalho de Moura

Área composta por uma região urbanizada e uma extensa área rural. Possui duas áreas de ocupação importantes: a Gleba B – Jardim do Lago Continuação e parte do Parque Centenário (Buraco do Sapo), sendo regiões de estrutura precária, com esgoto correndo a céu aberto, sem asfalto e saneamento básico.

Limites geográficos: Rodovia Anhanguera, Rodovia dos Bandeirantes, córrego Taubaté, cidade de Valinhos (bairro Reforma Agrária)

Características sócio-econômicas: população predominantemente de adulto jovem, pertencente às classes C e D.

É dividido em duas equipes de referência:

Equipe Amarela: Jardim Icaraí, Carvalho de Moura, Noêmia, Jardim do Lago II Continuação e Gleba B;

Equipe Verde: Jardim Nossa senhora de Lourdes, Reforma Agrária, Swiss Park e Parque Centenário.

1.3.2 Centro de Saúde Esmeraldina

Características socioeconômicas: população predominantemente composta por adultos jovens, pertencente às classes C e D. Região urbanizada em sua maior parte, com algumas áreas de ocupação.

A unidade é composta pelos bairros: Vila Alberto Simões, Jardim Aliança, Jardim Bonsucesso, Chácara Buriti, Parque dos Cisnes, Jardim Esmeraldina, Jardim Estoril, Jardim Maísa, Jardim Monte Líbano, Favela Jardim Samambaia, Jardim Samambaia, Ocupação Jardim Samambaia II (campinho), Chácara São Domingos, Jardim são Lourenço, Jardim São Pedro, Jardim Tamoio, Ocupação Jardim Tamoio e Jardim Tupi.

1.3.3 Centro de Saúde São José

Unidade mais complexa e populosa do Distrito de Saúde Sul. Responsável por uma população de mais de 35 mil habitantes e grande parte, vivendo em condições de grande vulnerabilidade.

Área de abrangência: Jardim Santa Marta, Bairro Bacuri, Cerâmica Capivari, Chácara Bori, Chácara Deodato, Fazenda Sete Quedas, Fazenda Cabreúva, Fazenda Cachoeira, Granja Jacarandá, Jardim Bandeira I, Jardim Bandeira II, Jardim Irajá, Jardim Irmãos Sigrist, Jardim do Lago II, Jardim Liberdade, Jardim Nossa Senhora das Dores, Jardim Nova Mercedes, Jardim Nova América, Jardim Rural, Jardim Santa Rita de Cássia, Jardim Santa Cruz, Jardim São José, Monte Cristo, Parque Camburiú, Parque das Camélias, Pedra Branca e Vila Lourdes.

1.3.4 Centro de Saúde Vila Rica

Composta pelos bairros: Cidade Jardim, Ocupação Ilha do Lago, Jardim do Lago, Favela Jardim do Lago I, Ocupação Jardim do Lago II (Bezerra de Menezes), Vila Mimosa, Ocupação Nova Canaã, Vila Pompéia e Vila Rica.

2. PROPOSIÇÃO

> "Quem olha para fora, sonha; quem olha para dentro, desperta."
>
> Carl Young

2.1 Objetivo Geral

Analisar os serviços de atenção básica de saúde, pertencentes ao Distrito de Saúde Sul, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, sob a ótica dos usuários.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- verificar a satisfação dos usuários em relação às unidades básicas de saúde;
- avaliar o serviço em saúde bucal, como o tempo de espera tratamento na atenção básica e nas especialidades, relação entre trabalhadores e usuários, resolução das urgências e outros;
- avaliar as demandas de saúde da população;
- verificar a integralidade do sistema;
- avaliar as ações de promoção de saúde, como as atividades educativas e as práticas integrativas e complementares de saúde;
- avaliar a humanização dos serviços;
- avaliar o controle social;
- avaliar o acolhimentos aos usuários.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Os estudos de avaliação dos sistemas de saúde no Brasil apontam para alguns gargalos ou desafios a serem superados, como acesso, integralidade, repasse de verbas, dentre outros. O primeiro grande desafio está relacionado ao acesso aos serviços de saúde, tanto no nível da atenção primária, quanto na especializada. A falta do profissional médico é apontada como a principal causa de problema pelos usuários, segundo a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011).

Em um estudo sobre a Avaliação do Governo Dilma Rousseff, publicado em agosto de 2011, encomendado pela Confederação Nacional das Indústrias e realizado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística **(**IBOPE), mostrou que a área da saúde e os impostos contam com 69% de desaprovação e são as áreas com pior avaliação, seguido pela Segurança Pública, com 65% de sinalizações. Segundo a pesquisa a avaliação das ações na área da Saúde mostrou deterioração, com forte aumento no grau de desaprovação por parte dos entrevistados. O percentual de desaprovação atingiu 69% e o de aprovação apenas 28%, com um saldo negativo de 41 pontos percentuais. O índice de desaprovação aumenta com a idade, a faixa de renda e o grau de escolaridade. Alcança ainda 76% na faixa de renda mais alta e entre os que possuem nível superior. A desaprovação também é maior nos grandes centros urbanos (CNI, 2011).

Apesar dos reconhecidos avanços na área da saúde, principalmente em áreas específicas como os Programas de Imunizações , Programa de AIDS e combate ao tabagismo, o Governo brasileiro ainda possui muitos desafios a serem superados, dentre eles, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2008a).

Vários estudos apontam que a Estratégia de Saúde da Família, modelo utilizado na cidade de Campinas e pela maioria dos sistemas de saúde no Brasil, não foi capaz de alterar as características do modelo tradicional de saúde, procedimento – médico centrado (Alvarenga, 2004; Alves, 2006; Capozzolo, 2003; Sarti, 2008).

3.1 Avaliação em Saúde

Avaliar os sistemas de saúde tem sido uma das principais fontes de preocupação dos organismos nacionais e internacionais. Instituir nos serviços de saúde uma cultura que permita a avaliação constante dos processos de trabalho, tem sido de fundamental importância para a tomada de decisão em qualquer nível do sistema de saúde. Portanto, a avaliação assume um caráter de apoio à gestão em seu processo decisório e na prestação de serviços de saúde (Sarti, 2008).

Os processos avaliativos informais estão presentes no cotidiano das pessoas desde os primórdios da humanidade. As avaliações formais têm seu início, durante a grande crise que se abateu os Estados Unidos, até o período que sucedeu a segunda grande guerra mundial. Isto se deveu diante da necessidade de avaliação das políticas públicas implementadas (Deslandes, 1997).

Os processos avaliativos vêm se consolidando enquanto prática institucional fundamental para qualificação dos serviços. Têm sido utilizados nesses processos, vários indicadores decorrentes de diferentes linhas de abordagens, como a econômica, tecnológica e qualidade da atenção à saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) (Deslandes, 1997).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997) entende-se por avaliação o

> ato de determinar a qualidade, valor e mérito de alguma coisa (...) é a emissão de um juízo de valor sobre determinada intervenção com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão.

O conceito de avaliação proposto por Contandriopoulos é expandido por Vieira da Silva (2007) que passa a utilizar o conceito de práticas sociais, ao invés do termo intervenção, superando a abordagem instrumentalista e procedimento centrado, contida no conceito inicial.

A avaliação pode assumir um caráter puramente instrumental quando busca apenas a maximização da eficácia dos programas e a máxima eficiência na utilização dos recursos disponibilizados. Nesta dimensão, a avaliação busca a otimização do desempenho, numa ótica puramente gerencialista (Furtado, 2006). O processo avaliativo proposto por Donabedian na década de 80 aborda a tríade: estrutura, processo e resultados. A análise da estrutura leva em consideração alguns fatores como: padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física e de equipamentos. A análise do processo envolve a qualidade dos serviços prestados. Os resultados avaliam as mudanças decorrentes das medidas implementadas (Nickel, 2008a).

Sander (1984)[1] apud Nickel (2008b) relembra os quatro conceitos fundamentais na história da teoria administrativa: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. O mesmo autor define eficiência como

> ...critério econômico que revela a capacidade administrativa de produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos, energia e tempo. ... a noção de eficiência está associada aos conceitos de racionalidade econômica e produtividade material, independentemente de seu conteúdo humano e político e de sua natureza ética.

O preparo técnico adequado é inerente ao conceito de eficiência e está relacionado ao domínio técnico, conhecimento ou "o saber" sobre determinada área de atuação. Portanto, "é eficiente quem produz o máximo com o mínimo de desperdício, de custo e de esforço, ou seja, aquele que, na sua atuação, apresenta uma elevada relação produto/insumo."

Eficácia é o critério institucional que revela a capacidade administrativa para alcançar as metas estabelecidas ou os resultados propostos. É o que tem o poder de produzir o efeito desejado. Para Donabedian (1990) a eficácia é um efeito subjacente ao da efetividade, que é o de determinar de impacto que uma intervenção produz, em uma situação ideal.

A efetividade é a capacidade de resposta às exigências da sociedade. Vem do termo em inglês responsiveness (do latim respondere, responder, corresponder), refletindo a capacidade dos

---

[1] Sander B. Administración de la educación en América Latina: el concepto de relevância cultural. *La Educación* 1984; 96: 49-69.

serviços de dar resposta às demandas da sociedade. Está relacionada com o conceito de responsabilidade social, na qual a administração presta contas às prioridades elencadas pela sociedade organizada. Efetividade relaciona-se ao cumprimento de metas ou objetivos a serem alcançados nos sistemas de saúde. Para Facchini et al. (2006), existe certa dificuldade no entendimento e utilização dos conceitos de eficácia, eficiência e efetividade, porém a efetividade está geralmente associada às práticas de saúdes implementadas e os efeitos destas ações para os sistemas de saúde. A efetividade para Vuori (1991) é determinada pela relação entre o impacto real do serviço e o impacto potencial, em uma situação ideal.

A relevância é um critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e de valor. A relevância está relacionada com administrações mais democráticas. Quanto mais participativo e democrático o processo administrativo, maior a possibilidade de um determinado tema, ser relevante para os indivíduos.

No ano de 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório denominado de World Health Report 2000 (WHR 2000) com o objetivo de focalizar o tema da avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde. Foi elaborada uma metodologia de avaliação, formulando indicadores de avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde. Apesar das criticas de parte da comunidade científica, acerca das fragilidades conceituais e metodológicas da proposta e dos indicadores elaborados, a publicação causou grande impacto positivo pela iniciativa em propor uma metodologia de avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde (Brasil, 2007b).

Diante deste contexto, um grupo de pesquisadores propôs uma metodologia de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde brasileiro. Foi utilizado como base uma revisão dos modelos de avaliação do Canadá, Reino Unido e Austrália, países que, a exemplo do Brasil, utilizam os princípios da universalidade do acesso e a integralidade dos serviços. A proposta de avaliação do Canadá prevaleceu sobre as demais e foi utilizada como referência no caso do modelo brasileiro. O modelo canadense de avaliação se estrutura em quatro dimensões: as condições de saúde, os determinantes não médicos da saúde (sociais, biológicos e comportamentais), o desempenho do sistema de saúde e as características da comunidade e do sistema de saúde. Estas dimensões devem ser examinadas sob a ótica da equidade.

No modelo brasileiro os contextos políticos, sociais e econômicos não configuram dimensões, mas sim, condicionantes fundamentais que permeiam todo o funcionamento do sistema de saúde. A transversalidade da equidade também é característica do modelo brasileiro. Além das dimensões do sistema canadense, foi incluído, no caso brasileiro, o tema da estrutura do sistema de saúde, que compreende a sua condução, a questão do financiamento, dos recursos humanos e materiais.

A partir destas considerações, foi elaborada uma Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro – PROADESS, cuja matriz conceitual é apresentada na figura 3.1.

Segundo esta proposta, a avaliação incide sobre o desempenho dos sistemas de saúde, cuja estrutura deveria ser capaz de garantir o atendimento das necessidades de saúde de sua população, levando-se em conta, os determinantes sociais, políticos e econômicos. Em 2006 foi criado o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, com o objetivo de implantar uma política de avaliação de desempenho do SUS, porém esta proposta nunca chegou a ser implantada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b).

A Figura 3.1 abaixo apresenta a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do sistema de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde

Figura 3.1 – Matriz conceitual das Dimensões da Avaliação de Desempenho do PROADESS

Simultaneamente a criação do Comitê de Avaliação, foi elaborado o documento Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006a), onde são estabelecidas as metas e os indicadores de desempenho. No Pacto pela Vida foram definidas algumas prioridades que

apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Foram elencadas seis prioridades (Brasil, 2006a):

A. Saúde do Idoso;
B. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
C. Redução da mortalidade infantil e materna;
D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
E. Promoção da Saúde;
F. Fortalecimento da Atenção Básica.

O Pacto em defesa do SUS apresenta como diretrizes a consolidação da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS. Além de desenvolver ações que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

O Pacto de Gestão Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A fim de intensificar os processos avaliativos e padronizar os conceitos a cerca deste tema, o Ministério da Saúde lança em abril de 2011, uma cartilha, para consulta pública, do programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde. Este programa tem por base conceitual o PROADESS, que tem por objetivos avaliar o desempenho do SUS em suas várias esferas de governo e encontrar os parâmetros para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, auxiliando os gestores em suas tomadas de decisão (Brasil, 2011). Este programa se fundamenta em duas dimensões estratégicas e prioritárias: o acesso e a qualidade.

As diretrizes e critérios deste programa são as seguintes:

1. Avaliar não apenas para classificar, mas para subsidiar os gestores na efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

2. Avaliar para detectar problemas, ensejando sua superação e induzindo melhorias, isto é, para buscar acréscimos de graus de qualidade ao desempenho encontrado;
3. Avaliar de modo a contemplar e discriminar as especificidades das esferas de gestão municipal, estadual e federal dos sistemas de saúde, considerando, também, suas diferenças socioeconômicas, perfil de morbimortalidade e suficiência de estrutura;
4. Avaliar os sistemas de saúde em suas potências de ação sobre os determinantes e condições de saúde da população;
5. Fazer da avaliação um dos meios para buscar a equidade no tratamento com os sistemas de saúde, priorizando apoio e investimentos àqueles que apresentem: baixos níveis socioeconômicos; alto risco de adoecimento; piores perfis de morbimortalidade; e deficiências de estrutura, sem excluir apoio (devidamente mediados por pactos de compromisso, contratos e responsabilização) àqueles que apresentem baixo desempenho devido a deficiências de processos e resultados;
6. Tomar a avaliação como um processo em construção, que apresenta como produto provisório, uma aproximação ao real desempenho dos sistemas de saúde, a partir da utilização dos melhores indicadores. A qualidade desses indicadores será garantida: pelos dados disponíveis; por ajustes nos bancos de dados existentes; pela construção de novos bancos de dados; pelos testes e uso desses indicadores; além de pela crítica da academia, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários do SUS;
7. Associar e integrar a avaliação de desempenho dos sistemas com projetos específicos de monitoramento de planos, programas, projetos, serviços e ações;
8. Tornar público os graus de qualidade dos sistemas de saúde, contribuindo para aumentar a transparência com relação a sua qualidade, eficiência e efetividade em produzir um cuidado integral à saúde dos brasileiros;
9. Permitir a comparação de desempenho entre sistemas de saúde semelhantes;
10. Trabalhar com a periodicidade anual, tendo o ano anterior como base, para a maioria dos dados e, dois anos anteriores, para alguns dados, por conta dos processos de qualificação diferenciados dos indicadores do SUS (como o Sistema de Informação sobre Mortalidade);
11. Realizar e se basear em Inquéritos e\ou pesquisas nacionais que possam avaliar a satisfação dos usuários.

As avaliações realizadas de forma sistemática também podem assumir um caráter pedagógico e disseminar dentro das instituições de saúde uma cultura participativa na gestão, coletivizando as tomadas de decisões, sempre buscando a pró-atividade e a responsabilização dos atores envolvidos. A participação dos atores locais pode contribuir para melhor compreensão das variáveis contextuais específicas. Vale ressaltar que as avaliações devem levar em consideração os modelos de gestão adotados, a conjuntura política, econômica e social na qual o programa está inserido, bem como seu objetivo e sua proposta de implementação (Sarti, 2008).

Uma proposta de avaliação e monitoramento da atenção básica e da estratégia saúde da família está ligada ao Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf). Este projeto, organizado pelo Ministério da Saúde em 2002, propõe a implementação dos Estudos de Linha de Base (ELB), que adota diversas metodologias que consideram os aspectos estruturais, históricos, do contexto político-institucional, do processo de trabalho e do desempenho do sistema de saúde (Szwarcwald et al., 2006). Nos ELB foram usados indicadores relacionados ao pré-natal, assistência ao parto, saúde da criança, prevenção de câncer de colo uterino e de mama, assistência aos idosos e saúde bucal. Os principais resultados foram relacionados à prevenção do câncer do colo e as elevadas coberturas de exames ginecológicos, sendo o tempo de entrega do resultado dos exames, o ponto frágil do sistema.

Em um estudo realizado por Elias et al. (2006) que compara as unidades assistências que atuam sob a lógica do Programa de Saúde da Família (PSF), com as unidades básicas tradicionais de saúde (UBS) do município de São Paulo, por estrato de exclusão social. Foi utilizado o instrumento de avaliação Primary Care Assessment Tool (PCAT), que contempla oito dimensões da atenção básica proposta por Starfield e Macinko, que são: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação comunitária e formação dos profissionais de saúde. O estudo considerou os seguimentos dos usuários, profissionais de saúde e gestores.

O PCATool – Brasil é um instrumento de avaliação da Atenção Primária de Saúde (APS), proposto, originariamente, por Barbara Starfield e colaboradores, no ano de 2000. O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS propostos pelos autores (Brasil, 2010a). Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato

do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Os atributos derivados são: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural (Brasil, 2010b).

3.2 Os Inquéritos Populacionais

Os inquéritos populacionais são estudos descritivos ou analíticos, podendo ser do tipo longitudinal ou transversal, relacionados ao estado de saúde, demanda e utilização dos serviços de saúde, através de amostras representativas da população. São especialmente dirigidos para aquelas pessoas que não acessaram o sistema de saúde ou tiveram contato irregular. Sua característica depende da abrangência geográfica, dos segmentos demográficos, conteúdos temáticos, tipo de dados ou material coletados, a forma de obtenção das informações e a periodicidade do estudo (Campos, 1993; Barros, 2008).

Os temas abordados pelos inquéritos podem ser amplos e diversificados, compreendendo estudos relacionados aos fatores de risco para doenças crônicas ou transmissíveis, como tabagismo, uso de álcool, dieta, realização de atividade física regular, dentre outros.

Os inquéritos populacionais, quando aplicados continuamente, podem ser utilizados para obter as informações necessárias para avaliar o funcionamento dos serviços de saúde, além de fornecer informações necessárias para o planejamento e avaliação destes serviços. Os inquéritos domiciliares foram desenvolvidos nos países industrializados nos anos de 1960 a fim de coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não somente às doenças, aos fatores de risco e os determinantes do processo saúde-doença (Cesar, 1996; Viacava, 2002). Segundo Campos (1993), citando vários autores, os inquéritos buscam identificar, descrever, mensurar ou analisar a natureza dos processos que levam à doença. Também serve para verificar as necessidades por diversos tipos de cuidados de saúde, segundo a prevalência de doenças ou queixas. Para o mesmo autor, os inquéritos verificam os comportamentos e atitudes diante das

doenças; bem como, avalia o grau de incapacidade resultante dos quadros mórbidos; verifica os gastos (tempo, esforço, dinheiro) individuais relacionados à saúde e ao uso dos serviços; analisa os efeitos produzidos pelo cuidado em saúde; verifica o acesso aos serviços e aos recursos de saúde; bem como, a utilização dos serviços; a organização do cuidado; a confiança da população na saúde; a efetividade das intervenções em promover a saúde e reduzir a doença; e o consumo de medicamentos.

O primeiro inquérito foi realizado por Chadwick em 1842, num estudo comparativo entre os trabalhadores cobertos por seguro e os presidiários. Outro estudo pioneiro foi realizado nos Estados Unidos por Sydenstricker no ano de 1926, o qual associava procura e a utilização de serviços de saúde com a morbidade (CAMPOS, 1993).

Em uma revisão a cerca dos inquéritos populacionais, Viacava (2002) e Barros (2008) descrevem sobre a utilização deste instrumento em diversos países, a fim de obter informações sobre as condições de saúde da população e sobre o funcionamento e utilização dos serviços de saúde. Nos Estados Unidos são realizados anualmente o National Health Interview Survey (NHIS) e o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). O primeiro tem a finalidade de coletar auto-informações sobre a ocorrência anual de doenças agudas, acidentes, doenças crônicas e incapacidades e utilização dos serviços de saúde. O NHANES tem por objetivo de verificar as condições de saúde da população através de exame físico e coleta de exames laboratoriais.

Na Inglaterra os inquéritos contínuos são utilizados para monitorar as condições de saúde, os comportamentos que colocam em risco à saúde e o uso dos serviços pela população. Os inquéritos mais importantes são General Health Survey (GHS) e o Health Survey for England (HSE) (Viacava, 2002; Barros, 2008).

No Canadá é realizado o National Population Health Survey (NPHS). É um inquérito do tipo longitudinal, que vai a campo a cada dois anos. Coleta dados a respeito das condições de saúde, uso dos serviços, condições de trabalho e hábitos de vida (Viacava, 2002; Barros, 2008).

O Brasil aderiu aos inquéritos domiciliares através da Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD), realizada no ano de 1967. Na década de 70 foi realizado em Ribeirão Preto,

estado de São Paulo, um inquérito pioneiro de base populacional sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde. Alguns outros inquéritos a nível nacional foram desenvolvidos, como: Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), em 1974/75; Pesquisas de Orçamento Familiar (POF), realizada em 1987 e 1996; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 1996 e a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV), realizada em 1996/97 (Barros, 2008).

A Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD) constitui em um dos instrumentos de maior relevância, enquanto fonte de dados para o sistema de saúde do país, devido à amplitude da cobertura territorial e a periodicidade praticada. Teve inicio no segundo trimestre de 1967, sendo os resultados apresentados com periodicidade trimestral até 1970. A partir de 1971 os levantamentos passaram a ser anuais, sendo realizados no último trimestre de cada ano. A pesquisa foi interrompida nos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000 para realização dos Sensos Demográficos. A condição de saúde da população, bem como o acesso e a utilização dos serviços, foram especificamente estudados, através de suplementos adicionais ao estudo principal da PNAD, ocorrido nos anos de 1981, 1986, 1988, 1998, 2003 e 2008.

A maioria dos estudos ratifica a importância dos inquéritos domiciliares para o planejamento das ações dos sistemas de saúde. Porém, a maioria deles tem pouca capacidade de gerar informações para o nível local ou para os grupos populacionais. Apesar da grande quantidade de estudos do tipo populacional já realizado, parecem que estes são raramente utilizados no processo de planejamento ou, ao menos, a forma com que foram empregados não é descrita. Vários outros problemas relacionados aos sistemas de informação são descritos na literatura, como a duplicação dos dados; acesso restrito dos dados gerados; fragmentação da coleta de dados e a falta de padronização das terminologias e definições de variáveis. Além disso, os inquéritos domiciliares são relacionados à possibilidade de falhas de memória por parte dos entrevistados e à falta de credibilidade por parte por da classe médica, às informações geradas relacionadas à incidência e a prevalência de doenças (Campos, 1993; Viacava, 2002).

O inquérito domiciliar é mais um instrumento utilizado para avaliação dos sistemas de saúde, fornecendo as informações necessárias para construção de novos indicadores de saúde, que surgiram diante da ampliação do conceito de saúde e das inúmeras dimensões que envolvem o processo saúde-doença, aumento da sobrevida da população e mudanças no perfil

epidemiológico da população. Estes novos indicadores visam mensurar, além do estado geral de saúde, condições específicas como bem estar psíquico e social, dor, incapacidades físicas, dentre outros. É importante ressaltar que os novos indicadores não substituem os anteriormente utilizados, aqueles ligados diretamente à doença ou ao óbito, mas complementando-os. Portanto, a fim de monitorar a situação de saúde das populações os países passaram a utilizar matrizes de indicadores que abrangessem as várias dimensões da saúde, incluindo a preocupação em avaliar a qualidade da organização e do desempenho dos serviços (Barros, 2008).

Alguns aspectos metodológicos, relacionados à validação das informações geradas pelos inquéritos domiciliares, se referem ao percentual de perdas. É importante considerar que o estudo amostral não inclui o segmento da população que está institucionalizado ou que não possuem domicílios. Outro aspecto referente a taxa de não-resposta relaciona-se a altas taxas de violência urbana, que tem trazido um complicador adicional aos estudos de campo no Brasil.

3.3 Satisfação dos Usuários

Avaliar a satisfação dos usuários tornou-se item obrigatório nas metodologias de avaliação da qualidade em saúde, juntamente com a avaliação dos profissionais e da comunidade (Donabedian[2], 1984 apud Vaitsman, 2005). O conceito de satisfação proposto por Donabedian permitiu que se incorporassem nos processos avaliativos os usuários do sistema.

A satisfação dos usuários é o parâmetro mais fidedigno de análise dos serviços e deveria ser o principal objetivo de todos os municípios (Santos, 1995). O conceito de satisfação está relacionado com as expectativas e as percepções que os usuários têm a cerca dos serviços

[2] Donabedian A 1994. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana, México, D.F.

recebidos (Espiridião; Trad, 2005). Os achados da literatura a respeito da satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde apresentam elevados índices. Parte da explicação se deve às diferentes metodologias aplicadas nas pesquisas e aos inúmeros erros sistemáticos encontrados (viés). Outra explicação pode ser creditada ao receio dos usuários a alguma retaliação por parte dos trabalhadores dos serviços de saúde ou que as pesquisas realizadas captam muito mais as percepção dos usuários eventuais ou de não usuários dos serviços públicos (Gilbert, 2000). Em uma pesquisa qualitativa realizada por Esperidião e Trad (2005) para avaliar a satisfação dos usuários em cinco municípios cobertos pelo PSF na Bahia, foi encontrado como resposta para o elevado índice de satisfação, o maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença e as visitas domiciliares. Os aspectos negativos desta pesquisa estão relacionados com a existência de filas de espera e a dificuldade de acesso aos níveis secundários e terciários. Para Silva e Formigli (1994) a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. Está relacionado com a qualidade das relações interpessoais entre os trabalhadores e usuários, com aspectos de infra-estrutura dos serviços (falta de medicação, equipamentos, ambiência).

Preocupada em criar mecanismos que avaliasse a qualidade dos serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma metodologia para avaliação dos sistemas de saúde, onde o nível médio de satisfação é um dos parâmetros utilizados. Está relacionado com a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às demandas da população (Szwarcwald; Viacava, 2008). Na metodologia proposta pela OMS no ano de 2000, foram abordadas questões relativas ao uso do sistema ambulatorial, domiciliar e hospitalar, avaliados pelos usuários no último ano e no último mês. Foram pesquisados o estado de saúde da população, fatores de risco, situações crônicas, uso de medicamentos, utilização de serviços de saúde e grau de satisfação com os serviços. Na pesquisa realizada em várias cidades do Brasil no ano de 2003, decorrente da metodologia proposta pela OMS, as principais queixas se devem ao tempo de espera do atendimento e a liberdade para escolha do profissional. As melhores avaliações dizem respeito ao relacionamento profissional-paciente, no momento da consulta (Szwarcwald et al., 2004).

3.4 A Resolutividade dos Serviços de Saúde

A resolutividade dos serviços é outro parâmetro utilizado nas avaliações, é uma forma de aferição da efetividade dos sistemas de saúde. Está relacionado com a resolução final dos problemas trazidos ao serviço e à satisfação dos clientes e dos trabalhadores da saúde (Turini, 2008). Para Turini (2008, p.663) ao refletir sobre a resolutividade dos serviços, conclui que

> .. é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

O mesmo autor ao analisar os dados secundários do inquérito domiciliar realizado nos anos 1989/90 em municípios pertencentes ao Escritório Regional de Saúde de Itapecerica da Serra (ERSA 12) mostrou que 41,1% dos usuários tiveram a solução de seus problemas resolvidos, ao procurarem os próprios serviços de seus municípios. Em estudo realizado na cidade de Pompeu (MG) por Andrade e Ferreira (2006) mostrou que as principais queixas da população em relação à saúde bucal foram à falta de vagas para atendimento, falta de tratamento reabilitador, falta de um sistema de encaminhamentos (referência/contra-referência). Portanto, os achados na literatura corroboram a necessidade de implementar políticas sistemáticas de avaliação dos serviços de saúde, principalmente, abrindo espaço para participação dos usuários do sistema. O índice de satisfação dos usuários reflete a organização e a qualidade dos serviços de saúde, sendo elemento fundamental para conhecimento de todos os gestores interessados na construção de políticas públicas mais resolutivas e equânimes.

3.5 A Integralidade da Atenção à saúde

A integralidade é um dos princípios fundamentais que embasam o Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser entendida no contexto da atenção à saúde, que procura enxergar o usuário como um ser holístico, utilizando um sistema de saúde que atua na promoção da saúde, na prevenção das doenças e na assistência dos usuários. Outra vertente da integralidade está relacionada aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde (Rocha, 2011). Segundo o autor, a integralidade também está relacionada à regulação do acesso, adequando a oferta de serviços à demanda da população.

Em Pesquisa realizada ano de 2005, em 31 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, utilizando a metodologia qualitativa (análise de documentos e entrevistas), mostrou que a integralidade esteve claramente presente em 6 (19,68%) dos municípios. Em 11 (35,48%) foi categorizada como “Incipiente”, sendo ausente em 14 (45,16%) municípios (Camargo Jr, 2008).

3.6 A Saúde Bucal

Um modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria Estadual de Santa Catarina, foi aplicado em 21 municípios daquele estado. O mesmo contemplava uma dimensão política, relativa às decisões de organização das ações e outra dimensão técnica. A dimensão técnica ou de Provimento de Saúde Bucal foi subdividida em oito sub-dimensões: promoção, prevenção e diagnóstico e tratamento, recuperação e reabilitação, sendo cada uma delas relacionadas ao ciclo vital (criança, adolescente, adulto e idoso). Posteriormente, foram selecionados alguns indicadores para avaliação desta dimensão: atividades coletivas em saúde bucal, tratamento conservador, educação em saúde

bucal, diagnostico de lesões de mucosa, saúde do trabalhador, saúde bucal do idoso com limitação incapacitante e atendimento protético.

Quanto à dimensão ligada à Organização da Saúde Bucal, foram desmembradas em quatro sub-dimensões: intersetorialidade, participação popular, recursos humanos e infra-estrutura. Destas dimensões foram destacados quatro indicadores: acesso ao flúor, participação do controle social na saúde bucal, paralisação dos serviços de saúde bucal, devido a problemas relacionados aos recursos humanos ou a infra-estrutura dos serviços (Nickel, 2009).

Outra metodologia de avaliação dos serviços de saúde bucal levou em consideração o contexto sócio-econômico, os aspectos culturais da população, conhecimento sobre o serviço ofertado, o acesso, a relação com o dentista e auxiliar e a percepção dos usuários. O estudo foi realizado na cidade de Castro (PR), através de questionário semi-estruturado, realizado nos domicílios dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família (Fadel, 2007).

Em outro estudo realizado por Reis (2009), utilizando a metodologia qualitativa em usuários da cidade de Grão Mogol (MG), através de entrevistas e da observação direta. Procurou-se caracterizar a assistência em saúde bucal através da percepção dos usuários sobre o processo saúde-doença, valor atribuído à saúde bucal, acesso aos serviços, relação profissional-paciente e a assistência recebida.

3.7 A Humanização do Atendimento

O uso do termo humanização produziu e ainda produz muitas controvérsias, devido a seu caráter polissêmico e as diversas formas de entendimento sobre seu conceito e sua pertinência em nomear uma política pública de saúde (Souza, 2009). Desde o processo de implementação do SUS, o termo humanização aparece em vários contextos, geralmente ligados a qualidade da atenção prestada aos usuários.

Mesmo antes da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, realizou-se em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde sob o tema: “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde e com controle social”. Além de outras iniciativas governamentais como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000), o

Programa de Humanização na Pré-Natal e Nascimento (2000), o Método Canguru (2000), o Programa de Acreditação Hospitalar (2001), além de muitos outros projetos que incluíram o conceito da humanização como algo a ser debatido e implementado (Souza, 2009).

O conceito de humanização pode ser entendido como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008a).

Porém a humanização das ações em saúde não pode ser entendida apenas como mais um programa de governo, criado por técnicos super-especializados, como uma diretriz a ser seguida pelos demais órgãos de saúde, conforme destaca o documento do Ministério da Saúde HumanizaSUS (Brasil, 2004a, p.6)

> O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que "devem ser aplicadas e operacionalizadas", o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade.

A humanização deve ser entendida com uma política transversal a todas as ações do sistema de saúde e caminhar, através de uma construção coletiva, para se estruturar enquanto espinha dorsal do Sistema Único de Saúde.

As principais diretrizes da PNH são: clínica ampliada; acolhimento; cogestão; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; fomento das grupalidades, coletivos e redes; construção da memória do SUS que dá certo; fortalecimento do trabalho multiprofissional (Brasil, 2008a).

A política de humanização não deve ser confundida com humanismo cristão, piedade, caridade ou assistencialismo. Estes eventos estão relacionados com governos populistas, detentores de posturas conservadoras e alienantes. As posturas humanistas são tidas como dádivas ou concessões destes governos ou instituições. Nem tão pouco, a PNH se limita à manutenção de garantias administrativas ou burocráticas do direito de acesso aos serviços de saúde, melhoria do acolhimento, polidez no atendimento ou melhoria do espaço físico (Souza, 2009).

Espera-se com a implementação da PNH a redução das filas e do tempo de espera para o atendimento; fortalecimento do vínculo entre usuário e trabalhador; atendimento mais acolhedor e resolutivo; ampliação do acesso; promoção do auto-cuidado, construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos, valorizando a participação do usuário na construção do projeto terapêutico; ampliação dos mecanismos que garantam uma gestão mais participativa dos trabalhadores e usuários.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida através da aplicação de um inquérito domiciliar de base populacional em moradores de áreas, definidas por sorteio amostral, pertencentes ao Distrito de Saúde Sul da cidade de Campinas. A opção em concentrar a pesquisa em somente um distrito de saúde teve o objetivo de facilitar a organização e o acompanhamento da pesquisa de campo e otimizar os recursos disponíveis para o estudo.

A pesquisa não contou com nenhum auxílio financeiro externo, sendo o custeio disponibilizado pelo pesquisador, o que dificultou a expansão do estudo para outras unidades do município.

A pesquisa somente foi possível de ser realizada devido à parceria com as coordenações locais e suas equipes, que vislumbraram no estudo proposto uma oportunidade, rara, de avaliação externa de seus serviços. Os objetivos da pesquisa e sua metodologia foram apresentados para as equipes que, prontamente, aceitaram participar do estudo.

No Centro de Saúde Carvalho de Moura a pesquisa foi realizada por entrevistadores voluntários, oriundo do curso de graduação em enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), que já estagiavam nesta unidade de saúde e se interessaram em participar da pesquisa. Este pessoal recebeu certificado de participação na pesquisa, emitido pela Universidade de São Paulo, além da certificação das horas disponibilizadas para a pesquisa, para fins de comprovação de atividades extracurriculares, exigidas pela faculdade.

As unidades de saúde do São José, Vila Rica e Esmeraldina optaram pela aplicação das entrevistas através dos agentes comunitários de saúde (ACS). As entrevistas foram realizadas pelos ACSs sem prejuízo de suas atribuições normais, pois foram orientados a conciliar suas ações nos territórios, com a aplicação das entrevistas. Foi realizado um treinamento com estes profissionais, procurando esclarecer suas dúvidas e a melhor forma de se apresentar para os usuários selecionados no sorteio amostral.

A escolha, especificamente, pelo Distrito Sul deu-se pelos seguintes motivos: é o distrito mais populoso de Campinas (cerca de 280 mil pessoas); concentra o maior número de serviços de saúde em seu território; apresenta um intenso contraste social dentro das áreas de abrangência de

cada unidade de saúde e por ser a região de trabalho do pesquisador, o que favoreceu as articulações com as coordenações locais e com os trabalhadores que participaram do estudo.

As regiões adscritas aos centros de saúde compõem desde áreas com extrema vulnerabilidade social, onde os moradores são totalmente dependentes do sistema público de saúde, até regiões com altíssimo poder aquisitivo, em que a população pouco se utiliza dos serviços da rede pública de saúde. Porém, vale ressaltar que em ambas as situações, todos estão sujeitos às ações e aos benefícios da vigilância sanitária, epidemiológica e às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

As entrevistas foram realizadas através de um questionário estruturado (anexo 1) que visou avaliar a satisfação dos usuários com as unidades básicas de saúde e com os serviços prestados por elas.

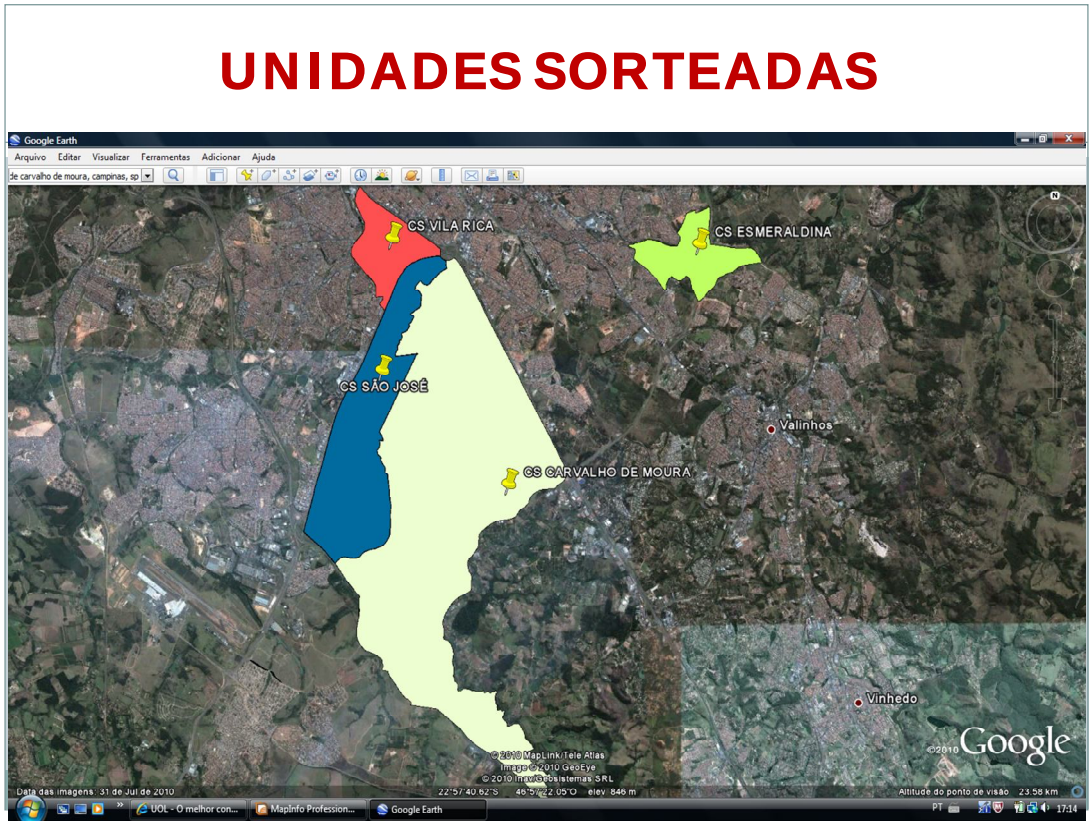
A pesquisa de campo foi constituída das seguintes etapas:

- seleção e capacitação dos entrevistadores;
- confecção dos materiais gráficos;
- coleta de dados;
- recolhimento e conferência dos questionários;
- digitação das respostas dos questionários no banco de dados do programa Epi Info;
- tabulação e análise dos dados;
- redação da Tese.

4.1 Cálculo da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra e determinação das unidades que participariam do estudo, foi considerado o universo de domicílios cadastrados pelos agentes comunitários de saúde, vinculados à suas respectivas unidades de saúde pertencentes ao Distrito de Saúde Sul. Para efeito do cálculo, foi considerado as duas unidades de saúde com maior porcentagem de domicílios cadastrados, em cada sub-distrito (Sul-Sul e Suleste). As unidades que se enquadraram nestes critérios foram os centros de saúde Carvalho de Moura e São José, pelo eixo Sul-Sul e Esmeraldina e Vila Rica, pelo eixo Suleste.

Os Centros de Saúde Campo Belo e Centro de Saúde Fernanda eram, em agosto de 2008, módulos de saúde da família, vinculados ao Centro de Saúde São Domingos. As unidades de saúde Nova América e Oziel - Monte Cristo eram módulos vinculados ao Centro de Saúde São José. Estas unidades não entraram na composição da amostra, devido à falta de dados desagregados de sua unidade sede, impossibilitando o cálculo. A figura 4.1 localiza as áreas referentes aos centros de saúde participantes de pesquisa.



Fonte: GOGLE EARTH

Figura 4.1 - Unidades participantes da pesquisa

O Quadro 4.1 relaciona o número de domicílios, pessoas cadastradas e porcentagem da população cadastrada, por eixo do Distrito Sul e por unidade de saúde. Estes dados serviram como critérios de escolha das unidades de saúde a ser pesquisada.

Os parâmetros técnicos empregados nesse cálculo foram: prevalência estimada de 50% (opção de maior segurança), erro máximo de estimativa (D) de 5% e nível de significância de 90% (confiança).

CS Residência	Domicílios	Pessoas Cadastradas	% cadastrada
EIXO SUL-SUL			
CS C Moura	2.014	7045	61.37
CS São Jose	7.177	23477	46.77
CS São Domingos	2.270	8133	24.21
EIXO SULESTE			
CS Vila Rica	3.948	12605	85.65
CS Esmeraldina	2.683	9272	74.57
CS O Maia	3.333	11310	51.36
CS Faria Lima	6.139	17146	49.39
CS São Vicente	1.595	5296	46.20
CS Santa Odila	2.329	7041	46.00
CS Figueira	2.450	7291	41.41
CS Paranapanema	3.122	9588	37.85
CS Ipê	2.699	8896	31.14
TOTAL	39.759	127.100	

Fonte: Tabnet

Quadro 4.1 - Cadastro de domicílios do distrito de Saúde Sul, segundo CS Residência – Campinas, no ano de 2008

O tamanho da amostra para uma estimativa confiável da proporção populacional foi de 270 domicílios. Para evitar a reposição de eventuais perdas ou recusa em participação, esse número foi acrescido da Taxa de Não Resposta de 10%, obtendo-se uma amostra final de 300 domicílios. Para este cálculo foi utilizada a fórmula para determinação do tamanho de uma amostra com base na estimativa da proporção populacional (P):

$$n = \frac{Z^2 . P (100 - P)}{D^2} / TNR$$ Fonte: Peres e Peres (2006, p.23)

Onde:

n = tamanho mínimo da amostra de domicílios;

Z = medida relativa ao nível de confiança da amostra; utilizar 1,645 para considerar 90% de confiança;

p = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população;

D = erro amostral previsto (precisão)

$n = (1,645)^2 \text{ X } 50 \text{ X } 50 / (5)^2 = 270 / \text{TNR}$

n = 270 / 10% = 300 domicílios

TNR = Taxa de Não Resposta

O Quadro 4.2 reúne as unidades de saúde com maior porcentagem de domicílios cadastrados.

Unidade	Porcentagem (%)
EIXO SULESTE	
CS Vila Rica	85.65
CS Esmeraldina	74.57
EIXO SUL - SUL	
CS C Moura	61.37
CS São Jose	46.77

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Quadro 4.2 – Unidades básicas de saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas com maior porcentagem de domicílios cadastrados, no ano de 2008

Para o sorteio dos domicílios foi utilizada metodologia semelhante à aplicada pela Vigilância Sanitária do município de Campinas e pela Secretaria Estadual de Saúde para a pesquisa do índice de Breteau, relacionado com o levantamento da quantidade larvária do mosquito da dengue (Brasil, 2001). Os domicílios foram numerados de forma crescente, seguindo a seqüência dos quarteirões e, então, realizado um sorteio aleatório dos domicílios através do programa Excel da Microsoft, obedecendo à quantidade estipulada pelo cálculo amostral. Cada domicílio sorteado foi relacionado com seu respectivo quarteirão.

A partir da entrada do entrevistador no quarteirão, segue-se em sentido horário, até os números dos domicílios sorteados. Exemplo: no quarteirão de número 2153 do Centro de Saúde Carvalho de Moura, que possui 41 domicílios. Foram sorteadas a vigésima, a vigésima terceira e

a trigésima casa. No caso dos imóveis fechados no momento da visita do entrevistador foi estipulado até dois retornos. Não houve a substituição do imóvel selecionado por outro, pois no cálculo da amostra já fora computado uma taxa de não resposta para contemplar eventuais perdas.

A quantidade de domicílios foi determinada por intervalos proporcionais para cada unidade de saúde, levando-se em consideração o número de domicílios e o tamanho da população. Obteve-se uma amostra de 38 domicílios para o CS Carvalho de Moura, 51 domicílios para o CS Esmeraldina, 136 para o CS São José e 75 domicílios sorteados para o CS Vila Rica. O total da amostra foi de 300 domicílios, já computados 10% de possíveis perdas ou taxa de não resposta.

Os quarteirões utilizados na pesquisa são unidades diferentes dos setores censitários utilizado pelo IBGE em seus estudos. Cada quarteirão tem em média, cerca de vinte domicílios e são, geralmente, unidades menores que os setores censitários. Os quarteirões com um número muito reduzido de domicílios foram somados a outros para evitar discrepância muito acentuada entre eles.

O quadro 4.3 mostra o resumo dos valores utilizados na metodologia do sorteio da amostra.

	Domicílios	População	Taxa de domicílios cadastrados	Tamanho da amostra
CS C Moura	2.014	7045	0,6137	38
CS Esmeraldina	2.683	9272	0,7457	51
CS São Jose	7.177	23477	0,4677	136
CS Vila Rica	3.948	12605	0,8565	75
Total	15822	52399		300

Quadro 4.3 - Resumo dos valores utilizados na metodologia de sorteio da amostra

Portanto a amostra total da pesquisa é composta por 300 domicílios sorteados aleatoriamente entre as quatro unidades de Saúde da Família que compuseram este estudo.

4.2 Os sujeitos da pesquisa

Os participantes da amostra foram os sorteados, conforme descrição anterior detalhada em materiais e métodos e que cumpriram com os seguintes critérios de inclusão:

a) O representante do domicilio a ser entrevistado caberia a um indivíduo com idade maior de dezoito anos.

b) Preferencialmente, a primeira escolha recaiu sempre na figura da matriarca da família, a que, culturalmente, se responsabiliza pelos cuidados de toda família e se encarrega de levar seus familiares às unidades de saúde.

c) A segunda escolha poderia ser de outra pessoa do sexo feminino, moradora do domicílio e que conhece a fundo a rotina da família. Por exemplo, a avó, tia, uma filha mais velha, dentre outras possibilidades.

d) A terceira escolha poderia ser o pai ou outro morador da casa do sexo masculino.

Não havendo possibilidade de entrevistar as pessoas listadas anteriormente, a entrevista poderia ser aplicada com qualquer morador, maior de dezoito anos. O entrevistador foi estimulado e orientado a usar do bom senso para escolher a pessoa mais bem qualificada para responder as perguntas.

Em cada domicílio, os usuários escolhidos foram convidados pelos entrevistadores a participarem do estudo, tendo plena liberdade de recusar a participação. Caso concordem em participar, os questionários de pesquisa serão aplicados no próprio domicílio, por pessoal qualificado e treinado.

4.3 Aspectos Éticos e Legais

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo aprovou a realização deste estudo, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através do Protocolo 116/10 de 27 de outubro de 2010 (anexo A).

Os entrevistadores foram os responsáveis pela obtenção dos consentimentos. Os usuários

foram alertados que os membros das famílias selecionadas têm plena liberdade para participarem ou não da pesquisa, e que famílias ou indivíduos que optarem por não participar não sofreria nenhum tipo de constrangimento ou retaliação. Salienta-se que os “Termos de Consentimento Livre e Esclarecido” (anexo B) foram lidos, solucionado as dúvidas e assinados, antes da aplicação do questionário propriamente dito, para aqueles que optaram em participar do estudo.

A realização da pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Campinas em 05 de agosto de 2010 (anexo C).

4.4 Aplicação do pré-teste

Antes da aplicação do questionário foi realizado um pré-teste em moradores da região, aplicados pelo próprio pesquisador, para verificar o entendimento das questões por parte da população a ser estudada, e se necessário, realizar possíveis alterações, para se adequar a questão aos seus reais objetivos.

Foi aplicado o pré-teste em 10 domicílios, pertencente à área de abrangência do Centro de Saúde Carvalho de Moura e que não compunham a amostra final. Portanto, antes da aplicação do pré-teste, foram identificados os domicílios que fariam parte da amostra. Através do pré-teste também foi possível verificar o tempo necessário para a aplicação do questionário e possíveis aspectos que deveriam ser incluídos na capacitação dos profissionais responsáveis pela aplicação dos mesmos.

As questões foram facilmente entendidas, não havendo necessidade de quaisquer alterações. O tempo médio de duração da entrevista foi de 15 minutos.

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram selecionados entrevistadores interessados em participar de uma pesquisa científica, dentre os alunos de enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) e dos agentes comunitários das unidades participantes. Foi realizado uma capacitação dos entrevistadores, onde foram abordados os seguintes aspectos:

- Sensibilização para a importância da pesquisa para o serviço público e para a comunidade;
- Explicação dos objetivos e metodologia a ser desenvolvida;
- Preceitos éticos a serem observados;
- Esclarecimento sobre a importância, em todos os aspectos, do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido";
- Critérios para a coleta de dados, esclarecendo o objetivo de cada uma das questões propostas no questionário de pesquisa;
- Planejamento para a operacionalização da pesquisa e organização do material (montagem de intinerário, acondicionamento e cuidados com o material de pesquisa, deslocamento, abordagem da família no domicílio, horário de trabalho, horário de almoço, horário mais adequado para as entrevistas, preenchimento completo da ficha, metas etc…).

Após o sorteio dos domicílios a serem pesquisados, foi recomendado um contato prévio com os moradores, no sentido de esclarecimentos iniciais, dos objetivos da pesquisa e da criação imediata de um vínculo, mesmo que tênue, mas que possa facilitar a entrada do entrevistador no domicílio. Este contato deveria ser feito pelo próprio entrevistador, que já estaria de posse da lista de todos os domicílios os quais a pesquisa foi executada. Foi solicitado aos coordenadores locais, que dessem ciência a toda equipe de saúde, para evitar contratempos no fluxo de informações entre os trabalhadores e com os usuários, a fim de dar maior credibilidade e segurança às famílias sorteadas. Esta estratégia, possivelmente reduziu o número de perdas, uma vez que diante de uma desconfiança da veracidade e dos propósitos da pesquisa, estas poderiam ser sanadas de imediato pelos seus envolvidos no projeto.

4.6 Análise dos dados

Foi construído um banco de dados que foram tabulados através do programa EPI INFO versão 3.5.2, obtendo-se a partir daí, tabelas de frequência e porcentagem de cada variável de interesse, bem como a verificação de possíveis associações entre as variáveis estudadas.

4.7 Atribuições do Pesquisador

- Escrever o projeto de pesquisa e entregar aos Comitês de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) e Prefeitura Municipal de Campinas (CETS) para a apreciação;
- planejar a operacionalização da pesquisa;
- fazer contato com as unidades de saúde para esclarecer a proposta e colocarem-se à disposição para dirimir quaisquer dúvidas durante toda a evolução da pesquisa;
- realizar treinamento com os entrevistadores para a aplicação da pesquisa;
- dar todo o suporte técnico necessário para o desenvolvimento da pesquisa;
- fazer a consolidação e análise dos dados e a interpretação dos resultados;
- preparar o relatório final.

4.8 Atribuições do entrevistador

- Participar das capacitações necessárias à pesquisa;
- Organizar o material necessário à aplicação da pesquisa;
- Montar cronograma de visitas às famílias dentro do prazo estabelecido pelo pesquisador responsável;
- Fazer contato prévio à aplicação da pesquisa, com as famílias, esclarecendo seus objetivos e dirimindo eventuais dúvidas;

- Entregar e explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, às famílias participantes da pesquisa;
- Aplicar o questionário de pesquisa;
- Organizar e armazenar em local adequado os questionários e entregar aos pesquisadores responsáveis de acordo com os prazos estabelecidos;
- Estar disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas e encaminhar solicitações dos participantes da pesquisa aos pesquisadores responsáveis a qualquer momento.

4.9 Descrição de eventuais riscos

A participação na pesquisa não impõe risco aos seus participantes, pois esta participação se dá através da resposta a um questionário que será aplicado no domicílio.

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto à total liberdade para receber ou não o entrevistador e, responder ou não, a qualquer uma das perguntas colocadas, caso não se sintam tranqüilos e seguros. O pesquisador responsável esteve à disposição durante todo tempo da realização da pesquisa.

A pesquisa foi pensada para provocar o menor incômodo possível, tanto ao serviço quanto aos trabalhadores, como aos sujeitos participantes. Salientamos que a entrevista para a aplicação do questionário foi marcada com antecedência, para não acarretar em um evento surpresa ao entrevistado, evitando-se constrangimentos.

5 RESULTADOS

Os resultados da Tabela 5.1 mostra o retorno dos questionários de pesquisa por unidade de referência. Do Centro de Saúde Carvalho de Moura retornaram 97,4% dos questionários enviados. Na área do Centro de Saúde Esmeraldina foram realizadas 53 entrevistas ou 104% do previsto. Do Centro de Saúde Vila Rica retornaram 50,7% dos questionários enviados. Da área de abrangência do Centro de Saúde São José, retornaram 75 questionários ou 55,1% da amostra prevista.

Tabela 5.1 – Distribuição do retorno dos questionários, segundo a unidade de referência, Campinas, 2012

Unidades de Saúde	Tamanho da amostra		
	previsto	obtido	%
CS Carvalho de Moura	38	37	97,4
CS Esmeraldina	51	53	104,0
CS São José	136	75	55,1
CS Vila Rica	75	38	50,7
Total	300	203	65,0

A Tabela 5.2 mostra a composição da amostra de questionários retornados por unidade de saúde, em relação ao total da amostra. Verifica-se que o CS São José contribuiu com 37% do total de questionários retornados; o CS Esmeraldina participou com 26,1% da amostra; O CS Vila Rica participou com 18,7% dos questionários, enquanto que o CS Carvalho de Moura contribuiu com 18,2% do total de questionários do estudo.

Tabela 5.2 – Composição da amostra de questionários respondidos, por unidade de referência, Campinas, 2012

	n	%
CS Carvalho de Moura	37	18,2
CS Esmeraldina	53	26,1
CS São José	75	37,0
CS Vila Rica	38	18,7
Total	203	100,0

O estudo realizado nas unidades de saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas, estado de São Paulo, mostrou que 76,3% da amostra correspondem ao sexo feminino, enquanto que 21,7% pertencem ao sexo masculino, enquanto que 2,0% não responderam (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Distribuição da amostra dos usuários das unidades de saúde, segundo sexo, Campinas, 2012

Sexo	n	%
Feminino	155	76,3
Masculino	44	21,7
Sem informação	4	2,0
Total	203	100,0

A média de idade da amostra geral dos usuários pesquisados foi de 48,7 anos. Sendo 51,7 anos de idade para o sexo masculino e 47,9 anos para os usuários do sexo feminino, conforme ilustra o Quadro 5.1.

Sexo	Média de idade
Masculino	51,7
Feminino	47,9
Média geral	48,7

Quadro 5.1 - Média de idade da amostra, segundo sexo, Campinas, 2012

A Tabela 5.4 mostra a distribuição dos usuários, segundo a frequência nas unidades de saúde pesquisadas. Segundo esta tabela, 82,8% dos entrevistados eram usuários das unidades de saúde, enquanto que 17,2% não utilizavam nenhum dos serviços ofertados pelas unidades.

Segundo a tabela 5.4, verifica-se que 100% dos usuários pesquisados afirmaram serem frequentadores do CS Carvalho de Moura; 79,2% frequentam o CS Esmeraldina; 76% da amostra pesquisada eram frequentadores do CS São José; enquanto 84,2% eram frequentadores do CS Vila Rica.

Tabela 5.4 - Distribuição dos usuários, segundo sexo e utilização das unidades de saúde de referência, Campinas. 2012

Unidade de Saúde	Categoria	Sexo							
		M		F		Sem informação		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
CS Carvalho de Moura	Sim	9	24,3	27	73,0	1	2,7	37	100,0
	Não	-	-	-	-	-		-	-
	Total	9	24,3	27	73,0	1	2,7	37	100,0
CS Esmeraldina	Sim	6	14,3	36	85,7	-	-	42	79,2
	Não	-	-	9	81,8	2	18,2	11	20,8
	Total	6	11,3	45	84,9	2	3,8	53	100,0
CS São José	Sim	14	24,6	43	75,4	-	-	57	76,0
	Não	7	38,9	11	61,1	-	-	18	24,0
	Total	21	28,0	54	72,0	-	-	75	100,0
CS Vila Rica	Sim	6	18,75	26	81,25	-	-	32	84,2
	Não	2	33,3	3	50,0	1	16,7	6	15,8
	Total	8	21,1	29	76,3	1	2,6	38	100,0
TOTAL	Sim	35	20,8	132	78,6	1	0,6	168	82,8
	Não	9	25,7	23	65,7	3	8,6	35	17,2
	Total	44	21,7	155	76,4	4	1,9	203	100,0

O Quadro 5.2 ilustra a distribuição dos serviços mais utilizados pelos participantes da pesquisa.

Os serviços mais utilizados pelos usuários nas unidades de saúde pesquisadas foram à busca por medicamentos e outros insumos na farmácia (79,3%), a consulta com as diversas

especialidades médicas existentes nas unidades (75,9%) e a vacina, indicado por 70,4% dos entrevistados. A coleta de exames de sangue, urina, fezes escarro, dentre outros, foram apontados 66,5% dos entrevistados. A confecção do cartão nacional de saúde (CNS) foi apontada por 64,5% dos participantes do estudo.

Serviços	n	%
Farmácia	161	79,3
Consulta médica	154	75,9
Vacina	143	70,4
Coleta de exames	135	66,5
Cartão do SUS	131	64,5
Consulta de enfermagem	125	61,6
Encaminhamentos para outros serviços	115	56,7
Consulta odontológica	83	40,9
Curativo	78	38,4
Grupos educativos	22	10,8
CAT	6	3,0

Quadro 5.2 - Distribuição dos usuários, segundo os serviços mais utilizados nas unidades, Campinas, 2012

A Tabela 5.5 mostra a distribuição dos usuários encaminhados para especialidade médica. Segundo a Tabela 5, verifica-se que a grande maioria dos usuários (76,5%) foi encaminhada, pelos profissionais de saúde das unidades avaliadas, para as diversas especialidades médicas existentes na Secretaria de Saúde de Campinas, enquanto que 19,3% dos entrevistados não foram encaminhados para nenhuma especialidade. Não souberam responder, 4,2% dos usuários.

Tabela 5.5 – Distribuição de usuários encaminhados para especialidades médica, Campinas, 2012

O seu médico de referência já precisou encaminhá-lo para consulta com especialistas?	n	%
Sim	127	76,5
Não	32	19,3
Não sabe	7	4,2
Total	163	100,0

A Tabela 5.6 mostra a avaliação dos usuários sobre o tempo de espera, segundo algumas variáveis.

O tempo de espera para realização dos exames médicos solicitados foi considerado ótimo por 7,4% dos entrevistados, enquanto que a maioria considerou este tempo como bom (42,6%) e 5,6% considerou este tempo de espera como péssimo.

Em relação ao tempo de espera por uma consulta com a especialidade médica, os usuários pesquisados consideraram bom em sua maioria (26,5%), consideraram o quesito regular 24,1% e péssimo por 11,7% dos entrevistados.

O tempo de espera por uma consulta odontológica foi considerado bom pela maioria dos usuários (32%), enquanto que 28,7% não souberam responder a este questionamento. O tempo de espera para encaminhamento para uma especialidade na área da saúde bucal foi considerado bom por 17,8% dos entrevistados, enquanto que 11,1% consideraram este tempo péssimo e 51,9% não souberam responder a esta pergunta.

Tabela 5.6 - Avaliação do tempo de espera segundo variáveis, Campinas. 2012

Variável	Categoria	n	%
Exames	Ótimo	12	7,4
	Bom	69	42,6
	Regular	36	22,2
	Ruim	21	13,0
	Péssimo	9	5,6
	Não sabe	15	9,3
	Total	162	100,0
Especialidade médica	Ótimo	10	6,2
	Bom	43	26,5
	Regular	39	24,1
	Ruim	30	18,5
	Péssimo	19	11,7
	Não sabe	21	13,0
	Total	162	100,0
Consulta Odontológica	Ótimo	5	3,3
	Bom	48	32,0
	Regular	23	15,3

continua

Tabela 5.6 continuação

	Ruim	18	12,0
	Péssimo	13	8,7
	Não sabe	43	28,7
	Total	150	100,0
Especialidade Odontológica	Ótimo	-	-
	Bom	24	17,8
	Regular	14	10,4
	Ruim	12	8,9
	Péssimo	15	11,1
	Não sabe	70	51,9
	Total	135	100,0

A Tabela 5.7 mostra a distribuição dos usuários que acessaram o serviço odontológico das unidades pesquisadas.

Conseguiram acesso aos serviços odontológicos 68,3% dos usuários, enquanto que 29,9% dos entrevistados não conseguiram ou não precisaram de atendimento odontológico, segundo ilustra a Tabela 5.7.

Tabela 5.7 – Distribuição de usuários, segundo acesso ao serviço odontológico, Campinas, 2012

Consulta odontológica	n	(%)
Sim	112	68,3
Não	49	29,9
Total	164	100,0

A Tabela 5.8 mostra a distribuição dos usuários, segundo a via de acesso aos serviços odontológicos.

Tabela 5.8 – Distribuição dos usuários segundo a via de acesso ao atendimento odontológico, Campinas, 2012

Qual foi a via de acesso ao atendimento odontológico?	n	%
Urgência	44	38,9
Triagem	30	26,5
Demanda Espontânea	28	24,8
Encaminhamentos	8	7,1
Grupos	2	1,8
Controle	1	0,9
Total	113	100,0

A Tabela 5.8 mostra que a maioria dos usuários conseguiu acesso ao serviço odontológico através da urgência (38,9%). A segunda via de acesso foi através da triagem de usuários nos equipamentos sociais, como escolas e creches (26,5%). Os usuários que procuram acesso para tratamento odontológico através da demanda espontânea foi de 24,8%, seguido pelos encaminhamentos interno das unidades (7,1%). Os grupos de usuários como de gestantes, diabetes, dentre outros, foram responsáveis pelo encaminhamento de 1,8%, enquanto que 0,9% pertenciam ao grupo de controle (manutenção) do tratamento odontológico.

O atendimento odontológico oferecido pelas unidades foi avaliado segundo variáveis. A Tabela 5.9 mostra os resultados obtidos.

Verifica-se pela Tabela 5.9 que o atendimento odontológico oferecido aos hipertensos e portadores de diabetes foi avaliado como bom por 18,3% dos usuários, sendo que 74,5% não souberam responder a este quesito. O atendimento oferecido às gestantes foi avaliado como bom por 19,2% dos entrevistados, enquanto que 76,2% não souberam responder a esta pergunta. O atendimento odontológico ofertado às crianças foi avaliado como bom por 30,1% da amostra, enquanto que 57,5% não souberam responder. O atendimento odontológico da unidade foi avaliado como bom por 46,1% dos usuários do estudo, enquanto que 29,2% não souberam responder a este questionamento.

A Tabela 5.10 mostra a distribuição dos usuários encaminhados para uma especialidade odontológica. Segundo esta tabela a maioria não foi ou não necessitou ser encaminhado para uma especialidade (57,5%), enquanto que 36,6% conseguiram acessar este nível de atenção à saúde. Não souberam responder 5,9% dos usuários.

Tabela 5.9 - Avaliação do atendimento odontológico, segundo variáveis, Campinas, 2012

	Categoria	n	%
Hipertensos e diabéticos	Ótimo	1	0,7
	Bom	28	18,3
	Regular	5	3,3
	Ruim	2	1,3
	Péssimo	3	2,0
	Não sabe	114	74,5
	Total	153	100,0
Gestantes	Ótimo	2	1,3
	Bom	29	19,2
	Regular	2	1,3
	Ruim	1	0,7
	Péssimo	2	1,3
	Não sabe	113	76,2
	Total	151	100,0
Crianças	Ótimo	10	6,5
	Bom	46	30,1
	Regular	3	2,0
	Ruim	6	3,9
	Péssimo	-	-
	Não sabe	88	57,5
	Total	153	100,0
Unidade	Ótimo	15	9,7
	Bom	71	46,1
	Regular	12	7,8
	Ruim	9	5,8
	Péssimo	2	1,3
	Não sabe	45	29,2
	Total	154	100,0

Tabela 5.10 – Distribuição dos usuários encaminhados para especialidade odontológica pelas unidades

Você ou alguém da sua família já foi encaminhado para alguma especialidade odontológica?	n	%
Sim	56	36,6
Não	88	57,5
Não sabe	9	5,9
Total	153	100,0

A Tabela 5.11 detalha para quais especialidades odontológicas os usuários foram encaminhados pelas unidades de saúde, segundo os usuários entrevistados. Por esta tabela pode-se destacar que a maioria dos usuários foram encaminhados para endodontia (46,7%). A periodontia e a cirurgia foram citadas por 10,7% dos usuários. A prótese foi relatada por 9,3% dos usuários. Foram encaminhados para diagnóstico oral 2,6% dos entrevistados. Outras especialidades, como radiologia, pacientes especiais, dentre outros, foram citadas por 20% dos usuários.

Tabela 5.11 – Distribuição dos usuários segundo especialidade odontológica encaminhada pelas unidades, Campinas, 2012

Qual especialidade odontológica você foi encaminhado?	n	%
Endodontia	35	46,7
Periodontia	8	10,7
Prótese	7	9,3
Cirurgia	8	10,7
Diagnóstico oral – semiologia	2	2,6
Outros	15	20,0
Total	75	100,0

Os resultados da avaliação da humanização do atendimento estão descrito na Tabela 5.12.

Tabela 5.12 - Distribuição da avaliação da humanização do atendimento, segundo variáveis, Campinas. 2012

Variável	Categoria	n	%
Atendimento da recepção	Ótimo	21	12,7
	Bom	96	58,2
	Regular	21	12,7
	Ruim	14	8,5
	Péssimo	13	7,9
	Não sabe	-	-
	Total	165	100,0
Meios de informação aos usuários	Ótimo	13	7,9
	Bom	73	44,5
	Regular	36	22,0
	Ruim	18	11,0
	Péssimo	4	2,4
	Não sabe	20	12,2
	Total	164	100,0
Instrumentos de registros de reclamações	Ótimo	4	2,9
	Bom	19	14,0
	Regular	5	3,7
	Ruim	5	3,7
	Péssimo	5	3,7
	Não sabe	98	72,1
	Total	136	100,0
Condições físicas da unidade	Categoria	n	%
	Ótimo	5	3,0
	Bom	63	38,0
	Regular	39	23,5
	Ruim	32	19,3
	Péssimo	25	15,1
	Não sabe	2	1,2

Continua

Tabela 5.12 continuação

	Total	166	100,0
Condições físicas da sala de espera	Ótimo	3	1,8
	Bom	68	41,2
	Regular	43	26,1
	Ruim	29	17,6
	Péssimo	21	12,7
	Não sabe	1	0,6
	Total	165	100,0
Condições físicas dos sanitários	Ótimo	2	1,2
	Bom	43	26,2
	Regular	21	12,8
	Ruim	17	10,4
	Péssimo	26	15,9
	Não sabe	55	33,5
	Total	164	100,0

Pode se abstrair da Tabela 5.12 que o atendimento da recepção é considerado bom por 58,2% dos entrevistados, enquanto que 16,4% o consideram ruim ou péssimo. Os meios de informações disponibilizados pelas unidades de saúde foram considerados bons por 44,5% dos entrevistados, enquanto que 22,0% consideraram regulares.

A maior parte dos usuários entrevistados (72,1%) não soube avaliar os instrumentos de registros de reclamações, críticas ou sugestões existentes nas unidades, enquanto que 14,0% dos usuários os consideraram bons.

Segundo a Tabela 5.12 verifica-se que as condições físicas das unidades foram consideradas boas por 38% dos usuários; 23,5% as consideraram regulares; 19,3% ruins e 15,1% dos usuários consideraram péssimas. As salas de espera foram consideradas boas por 41,2% dos usuários; 26,1% as consideraram regulares, enquanto que 17,6% consideraram ruins. Os sanitários foram avaliados como bons por 26,2% dos entrevistados; 15,9% os consideraram péssimos, enquanto que 33,5% dos usuários não souberam responder a este quesito.

A Tabela 5.13 indica a distribuição dos usuários, segundo a utilização dos instrumentos de

registros existentes nas unidades.

Tabela 5.13 – Distribuição dos usuários, segundo a utilização de instrumentos de registro de sugestões ou reclamações, Campinas, 2012

Você já utilizou algum instrumento disponível na sua unidade de saúde, para registro de sugestões e reclamações dos usuários?	n	%
Sim	13	7,8
Não	130	78,3
Não sabe	23	13,9
Total	166	100,0

Segundo a Tabela 5.13, verifica-se que 7,8% dos entrevistados utilizaram os instrumentos de registros existentes nas unidades, enquanto que 78,3 nunca utilizaram estes instrumentos e 13,9% não souberam responder a pergunta.

A Tabela 5.14 mostra a distribuição da avaliação das respostas das unidades às reclamações ou sugestões registradas pelos usuários.

Verifica-se na Tabela 5.14 que 12,2% dos usuários consideraram a resposta como boa, enquanto que 76,3% não souberam responder ao questionamento. Consideraram ótima 1,4% dos usuários; regular 4,3%, ruim 2,9%, enquanto que 2,9% dos usuários avaliaram as respostas como péssimas.

Tabela 5.14 – Avaliação das repostas pela unidade aos registros ou reclamações dos usuários, Campinas, 2012

Como você avalia as respostas dadas pela unidade, às reclamações e sugestões feitas pelos usuários?	n	%
Ótimo	2	1,4
Bom	17	12,2
Regular	6	4,3
Ruim	4	2,9
Péssimo	4	2,9
Não sabe	106	76,3
Total	139	100,0

A Tabela 5.15 revela o tratamento recebido pelos usuários das unidades. A tabela indica que 30,3% dos usuários entrevistados já foram maltratados ou desrespeitados nas unidades de saúde, enquanto que 69,1% nunca passaram por uma situação desrespeitosa.

Tabela 5.15 – Distribuição dos usuários quanto ao mau tratamento recebido nas unidades, Campinas, 2012

Você ou alguém da sua família já foi maltratado ou desrespeitado em sua Unidade de Saúde?	n	%
Sim	50	30,3
Não	113	69,1
Não sabe	1	0,6
Total	165	100,0

A Tabela 5.16 mostra o resultado da avaliação dos usuários entrevistados sobre o horário de funcionamento das unidades. Segundo esta tabela verifica-se que, 11,7% dos usuários avaliou o horário de funcionamento como ótimo; 68,7% da amostra avaliou este item como bom; avaliaram como regular 8,0% dos usuários; enquanto que 10,4% consideraram o horário de funcionamento ruim; e 1,2% dos entrevistados responderam como péssimo, o horário ofertado pela unidade para atendimento dos usuários.

Tabela 5.16 – Distribuição da avaliação dos usuários aos horários de atendimento de sua unidade, Campinas, 2012

Como você avalia os horários oferecidos pela unidade de saúde para o atendimento dos usuários?	n	%
Ótimo	19	11,7
Bom	112	68,7
Regular	13	8,0
Ruim	17	10,4
Péssimo	2	1,2
Não sabe	-	-
Total	163	100,0

A Tabela 5.17 mostra a distribuição do acolhimento dos usuários pelas unidades de saúde.

Pode-se verificar pela tabela que 62,2% relataram que são acolhidos pelos profissionais de saúde, em qualquer horário de funcionamento da unidade. Informaram não serem recebidos em qualquer horário 28,7%, enquanto que 9,1% não souberam responder a pergunta.

Tabela 5.17 – Distribuição dos usuários quanto ao acolhimento pela equipe de saúde, Campinas, 2012

Você é recebido e ouvido pela equipe de saúde, em qualquer horário de funcionamento da unidade?	n	%
Sim	102	62,2
Não	47	28,7
Não sabe	15	9,1
Total	164	100,0

A Tabela 5.18 mostra a distribuição da avaliação do acolhimento ofertado pelas unidades de saúde. Verifica-se que 1,2% considerou o acolhimento como ótimo; 41,2% avaliaram como bom. Consideraram como regular 28,5% da amostra. Avaliaram o acolhimento como ruim 16,4%; como péssimo 6,1%, enquanto que 6,7% dos entrevistados não souberam responder a este questionamento.

Tabela 5.18 – Distribuição da avaliação do acolhimento das unidades, Campinas, 2012

Como você avalia o acolhimento dado pelos profissionais de sua unidade de saúde?	n	%
Ótimo	2	1,2
Bom	68	41,2
Regular	47	28,5
Ruim	27	16,4
Péssimo	10	6,1
Não sabe	11	6,6
Total	165	100,0

A Tabela 5.19 mostra a avaliação do atendimento das unidades, segundo as variáveis hipertensos e diabéticos, gestantes e idosos.

Segundo a Tabela 5.19, verifica-se que 30,2% dos usuários avaliaram o atendimento dos portadores de hipertensão e diabetes como bom, enquanto que 47,5% dos usuários não souberam responder. O atendimento foi considerado ótimo por 9,9% dos usuários. A mesma porcentagem considerou o atendimento como regular.

O atendimento das gestantes foi avaliado como bom por 25,8% dos entrevistados; 14,5% consideraram ótimo o atendimento, enquanto que 55,3% dos entrevistados não souberam responder o quesito.

Quanto ao atendimento à população idosa, 37,0% dos usuários consideraram o atendimento bom; 11,7% avaliaram com regular; 9,9% dos entrevistados avaliaram o atendimento aos idosos como ótimo, 10,5% da amostra consideraram o atendimento ruim ou péssimo, enquanto que 30,9% dos entrevistados não souberam responder a esta indagação.

Tabela 5.19. Distribuição da avaliação dos atendimentos nas unidades de saúde, segundo variáveis, Campinas. 2012

	Categoria	n	%
Hipertensos e diabéticos	Ótimo	16	9,9
	Bom	49	30,2
	Regular	16	9,9
	Ruim	2	1,2
	Péssimo	2	1,2
	Não sabe	77	47,5
	Total	162	100,0
Gestantes	Ótimo	23	14,5
	Bom	41	25,8
	Regular	3	1,9
	Ruim	3	1,9
	Péssimo	1	0,6
	Não sabe	88	55,3
	Total	159	100,0
Idosos	Ótimo	16	9,9

Continua

Tabela 5.19 continuação

	Bom	60	37,0
	Regular	19	11,7
	Ruim	11	6,8
	Péssimo	6	3,7
	Não sabe	50	30,9
	Total	162	100,0

A Tabela 5.20 demonstra os resultados das orientações relacionados à saúde bucal. Segundo verificado nesta tabela pode-se constatar que as orientação foram consideradas ótimas por 3,2% dos entrevistados; consideraram boas 41,9% da amostra. Consideraram as orientações regulares 5,8% dos usuários e 45,8% não souberam responder este quesito.

Tabela 5.20. Avaliação das orientações sobre a saúde bucal efetuadas pelas equipes de saúde bucal, Campinas, 2012

Categoria	Ótimo	5	3,2
	Bom	65	41,9
	Regular	9	5,8
	Ruim	4	2,6
	Péssimo	1	0,6
	Não sabe	71	45,8
	Total	155	100,0

A Tabela 5.21 mostra distribuição dos usuários, segundo a avaliação da frequência de visita domiciliar de algum membro da equipe de referência.

De acordo com a Tabela 5.21, verifica-se que 40,5% dos usuários entrevistados consideraram a freqüência das visitas domiciliares como boas; 18,4% as consideraram ótimas; 11,7% regulares, enquanto 26,4% dos entrevistados não souberam responder a pergunta.

No Centro de Saúde Carvalho de Moura, 59,5% dos usuários consideraram a frequência das visitas domiciliares como boa; 27% consideraram ótimas, enquanto que 8,1% não souberam

responder. No CS Esmeraldina, 26,4% dos usuários consideraram a frequência das visitas domiciliares como boas; enquanto que 50,9% não souberam responder ou deixaram a resposta em branco. Para os usuários do CS São José, 31,3% considerou a frequência das visitas como boa; 11,9% consideraram ótimas; a mesma porcentagem avaliou como regular, enquanto que 40,3% não souberam responder ou deixaram a resposta em branco.

Tabela 5.21. Distribuição da avaliação da frequência das visitas domiciliares, por unidade de saúde, Campinas. 2012

Variável	Categoria	N	%
CS CARVALHO DE MOURA	Ótimo	10	27,0
	Bom	22	59,5
	Regular	1	2,7
	Ruim	1	2,7
	Péssimo	-	-
	Não sabe	3	8,1
	Total	37	100,0
CS ESMERALDINA	Ótimo	8	15,1
	Bom	14	26,4
	Regular	3	5,7
	Ruim	-	-
	Péssimo	1	1,9
	Não sabe	15	28,3
	Sem informação	12	22,6
	Total	53	100,0
CS SÃO JOSÉ	Ótimo	8	11,9
	Bom	21	31,3
	Regular	8	11,9
	Ruim	2	3,0
	Péssimo	1	1,5
	Não sabe	11	16,4
	Sem informação	16	23,9
	Total	67	100,0
CS VILA RICA	Ótimo	4	10,5
	Bom	8	21,1

continua

Tabela 5.21 continuação

	Regular	7	18,4
	Ruim	-	-
	Péssimo	-	-
	Não sabe	13	34,2
	Sem informação	6	15,8
	Total	38	100,0
TOTAL	Ótimo	30	18,4
	Bom	66	40,5
	Regular	19	11,7
	Ruim	3	1,8
	Péssimo	2	1,2
	Não sabe	43	26,4
	Total	163	100,0

Pelo Quadro 5.3 verifica-se a distribuição dos usuários, segundo a utilização das práticas integrativas oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Prática Integrativa	n	%
Liang Going	28	13,8
Caminhada	14	6,9
Acupuntura	8	3,9
Terapia Comunitária	7	3,4
Consciência Postural	4	2,0
Movimento Vital expressivo	2	1,0
Homeopatia	1	0,5
Qi Kung e Meditação	1	0,5
Fitoterapia	1	0,5
Tai Chi Chuan	1	0,5
Yoga	-	-
Osteopatia	-	-
Não Utiliza	136	67,0
Total	203	100,0

Quadro 5.3 – Distribuição dos usuários segundo a utilização das práticas integrativas nas unidades, Campinas, 2012

Verifica-se através do Quadro 5.3 que do total da amostra, 63,1% dos usuários não faziam

uso das práticas integrativas, enquanto que 36,9% utilizavam ao menos uma destas práticas. O Liang Going foi à prática com maior número de citações pelos usuários (13,8%). A caminhada assistida foi citada por 6,9% dos entrevistados. A acupuntura foi uma prática citada por 3,9% dos usuários, seguida da Terapia Comunitária (3,4%), consciência postural (2,0%), dentre outros. Nenhum dos usuários entrevistados utilizava a Yoga e a osteopatia.

A Tabela 22 mostra o resultado da avaliação das práticas integrativas pelos usuários.

Tabela 5.22 – Avaliação dos resultados das práticas integrativas utilizadas nas unidades, Campinas 2012

Como você avalia os resultados das práticas integrativas, os quais você participou?	n	%
Ótimo	14	10,4
Bom	24	17,9
Regular	2	1,5
Ruim	-	-
Péssimo	-	-
Não sabe	94	70,1
Total	134	100,0

Segundo esta Tabela 5.22, o resultado foi considerado ótimo por 10,4% dos usuários. Consideraram bom 17,9%, enquanto que 70,1% não souberam responder a pergunta.

A Tabela 5.23 mostra a distribuição da avaliação das atividades educativas e de vivência das unidades.

Tabela 5.23 – Distribuição das avaliações das atividades educativas e de vivência nas unidades de saúde, Campinas, 2012

Como você avalia as atividades educativas e de convivências realizadas pela equipe?	n	%
Ótimo	16	10,0
Bom	44	27,5
Regular	6	3,8
Ruim	-	-
Péssimo	2	1,3
Não sabe	92	57,5
Total	160	100,0

Segundo a Tabela 5.23, as atividades educativas foram avaliadas como ótimo por 10,0% da amostra; 27,5% avaliaram como bom, enquanto que 57,5% não souberam responder ao questionamento.

A Tabela 5.24 diz respeito ao controle social exercido pela comunidade.

Segundo a Tabela 5.24 verifica-se 72,6% dos usuários entrevistados não tem conhecimento da existência do Conselho Local de Saúde e seus componentes. Do restante da amostra, 12,8% responderam ter conhecimento do Conselho Local e 14,6% não souberam responder o quesito. Pode-se observar que a avaliação pelos usuários da participação dos conselheiros de saúde foi considerada boa por 9,9% dos entrevistados. Considerou ruim ou péssimo 6,3% do total dos entrevistados, enquanto que 81,7% não souberam responder a pergunta.

Tabela 5.24 – Distribuição dos usuários, segundo o conhecimento da existência do Conselho Local de Saúde nas unidades e avaliação da participação dos conselheiros locais, Campinas, 2012

	Categoria	n	%
Distribuição dos usuários quanto ao conhecimento do Conselho Local de Saúde das unidades	Sim	21	12,8
	Não	119	72,6
	Não sabe	24	14,6
	Total	164	100,0
	Categoria	n	%
Avaliação da participação dos conselheiros locais de saúde	Ótimo	2	1,4
	Bom	14	9,9
	Regular	1	0,7
	Ruim	6	4,2
	Péssimo	3	2,1
	Não sabe	116	81,7
	Total	142	100,0

A Tabela 5.25 mostra a distribuição e avaliação dos usuários, segundo orientações sobre seus direitos.

Pode-se verificar pela Tabela 5.25 que 26,1% dos entrevistados receberam alguma orientação. Não receberam orientação 66,1% da amostra, enquanto que 7,9% não souberam responder. Verifica-se que as orientações recebidas foram consideradas ótimas por 8,0% dos usuários; considerada boa por 26,8% dos usuários. Consideram regular 3,6% da amostra, enquanto que 59,8% não souberam responder a este questionamento.

Tabela 5.25 – Distribuição e avaliação dos usuários quanto ao recebimento de orientações sobre os direitos dos usuários, Campinas, 2012

	Categoria	n	%
Distribuição dos usuários quanto ao recebimento de orientações sobre os direitos dos usuários e SUS	Sim	43	26,1
	Não	109	66,1
	Não sabe	13	7,9
	Total	165	100,0
	Categoria	n	%
Avaliação da orientação dos direitos dos usuários e funcionamento do SUS	Ótimo	9	8,0
	Bom	30	26,8
	Regular	4	3,6
	Ruim	-	-
	Péssimo	2	1,8
	Não sabe	67	59,8
	Total	112	100,0

Na Tabela 5.26 verifica-se a distribuição da abordagem e avaliação dos agentes comunitários de saúde (ACS) em relação ao tema da saúde bucal, segundo os usuários da pesquisa. Quando perguntado se os agentes comunitários de saúde abordavam questões sobre saúde bucal em suas visitas domiciliares, 68,6% dos usuários responderam negativamente, enquanto que 18,8% responderam sim ao questionamento. Não souberam responder 12,8%. Quanto à avaliação da abordagem executada pelos ACS. Verifica-se que a maioria dos usuários não soube responder a pergunta (64,8%), enquanto que 24,8% consideraram boa a abordagem dos ACS e 9,5% dos usuários a consideraram ótima.

Tabela 5.26 – Distribuição da frequência e avaliação da abordagem dos agentes comunitários de saúde sobre saúde bucal, Campinas, 2012

	Categoria	n	%
Frequência da abordagem sobre saúde bucal dos agentes comunitários de saúde, segundo os usuários, Campinas, 2012.	Sim	29	18,6
	Não	107	68,6
	Não sabe	20	12,8
	Total	156	100,0
	Categoria	n	%
Avaliação da abordagem sobre saúde bucal dos agentes comunitários de saúde, Campinas, 2012.	Ótimo	10	9,5
	Bom	26	24,8
	Regular	1	1,0
	Ruim	-	-
	Péssimo	-	-
	Não sabe	67	64,4
	Total	105	100,0

A Tabela 5.27 demonstra a distribuição dos demais profissionais de saúde que também abordaram temas relacionados à saúde bucal. Segundo esta tabela, 9,4% dos médicos fizeram alguma abordagem a respeito da saúde bucal. Os auxiliares de enfermagem foram citados por 7,4% dos usuários, enquanto que 5,4% citaram os enfermeiros. Uma pequena parcela dos usuários (3,9%) citaram outros profissionais de saúde existentes na unidade. Porém 76,3% dos usuários não apontaram nenhum destes profissionais.

Tabela 5.27 – Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a abordagem de temas relacionados à saúde bucal, Campinas, 2012

Quais dos profissionais de saúde abordaram temas sobre a saúde bucal?	n	%
Médico	19	9,4
Enfermeiro	11	5,4
Auxiliar de enfermagem	15	7,4
Outros profissionais	8	3,9
Sem informação	155	76,3

As orientações sobre saúde bucal, realizada pelos profissionais das equipes de saúde, foram avaliadas pelos usuários entrevistados. Os resultados são demonstrados na Tabela 5.28.

Segundo esta tabela pode-se verificar que as orientações pelos enfermeiros tiveram avaliação ótima ou boa por 33,3% dos usuários, enquanto que 66,7% não souberam responder. Os auxiliares de enfermagem tiveram suas orientações avaliadas como ótima ou boa por 31,7% dos entrevistados, enquanto que 63,4% não souberam responder. Outros profissionais presentes nas unidades tiveram avaliação ótima ou boa, em relação às orientações sobre saúde bucal por 18,5% dos usuários, enquanto que 81,5% dos entrevistados não souberam responder.

Pelos resultados da Tabela 5.28, verifica-se que as orientações dos médicos foram consideradas ótimas ou boas por 31,1% dos entrevistados, enquanto que 55,6% não souberam responder.

Tabela 5.28 - Distribuição da avaliação das orientações sobre saúde bucal, segundo categorias profissionais, Campinas. 2012

	Categoria	n	%
Médico	Ótimo	4	8,9
	Bom	14	31,1
	Regular	2	4,4
	Ruim	-	-
	Péssimo	-	-
	Não sabe	25	55,6

Continua

Tabela 5.28 continuação

	Total	45	100,0
	Não utiliza médico	23	-
Enfermeiro	Ótimo	3	7,7
	Bom	10	25,6
	Regular	-	-
	Ruim	-	-
	Péssimo	-	-
	Não sabe	26	66,7
	Total	39	100,0
	Não utiliza enfermeiro	24	-
Auxiliar de enfermagem	Ótimo	3	7,3
	Bom	10	24,4
	Regular	1	2,4
	Ruim	1	2,4
	Péssimo	-	-
	Não sabe	26	63,4
	Total	41	100,0
	Não utiliza	24	-
Outros profissionais	Ótimo	1	3,7
	Bom	4	14,8
	Regular	-	-
	Ruim	-	-
	Péssimo	-	-
	Não sabe	22	81,5
	Total	27	100,0

A distribuição dos usuários quanto ao recebimento e avaliação das orientações sobre sexualidade e outros temas relacionados é demonstrado na Tabela 5.29.

Tabela 5.29 – Distribuição dos usuários, segundo recebimento e avaliação das orientações sobre sexualidade e temas afins, Campinas, 2012

	Categoria	N	%
Distribuição dos usuários que receberam orientação sobre sexualidade e temas afins	Sim	50	30,3
	Não	93	56,4
	Não sabe	22	13,3
	Total	165	100,0
	Categoria	n	%
Avaliação das orientações recebidas sobre sexualidade e temas afins	Ótimo	22	17,9
	Bom	27	22,0
	Regular	1	0,8
	Ruim	-	-
	Péssimo	-	-
	Não sabe	73	59,3
	Total	123	100,0

Verifica-se na Tabela 5.29 que 30,3% dos usuários entrevistados afirmaram que receberam alguma orientação sobre sexualidade. A parcela dos usuários que não receberam orientação corresponde a 56,4%, enquanto que 13,3% não souberam responder. Quanto ao resultado das avaliações sobre as orientações recebidas pelos usuários das unidades de saúde, pode-se observar que as orientações foram avaliadas como ótimas por 17,9% dos entrevistados. Consideraram boa, 22% da amostra, enquanto que 59,3% não souberam responder.

O Quadro 5.4 mostra a distribuição dos profissionais que realizaram visitas domiciliares, segundo os usuários entrevistados no estudo.

Segundo o Quadro 5.4, verifica-se que 11,9% dos médicos generalistas realizaram visitas domiciliares, enquanto que 88,1% destes profissionais, não realizaram visitas nos domicílios. Segundo os usuários, não realizaram nenhuma visita domiciliar os pediatras, ginecologistas e técnicos de saúde bucal (TSB). Sendo que 55,1% dos usuários afirmaram não possuírem o TSB em sua unidade. Quanto aos enfermeiros, o quadro 14 mostra que 16,5% realizaram visitas domiciliares e 83,5% destes profissionais não realizaram visitas ao domicílio. Também

realizaram visitas domiciliares 19,6% dos auxiliares de enfermagem, 93,1% dos agentes comunitários de saúde, 0,6% dos cirurgiões dentistas e 0,6% dos auxiliares em saúde bucal.

Quais membros da equipe de saúde já fizeram visita em sua residência?	Sim		Não		Não tem na UBS	
	n	%	n	%	n	%
Médico generalista	19	11,9	140	88,1	-	-
Pediatra	0	0	158	100	-	-
Ginecologia	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro	26	16,5	132	83,5	-	-
Auxiliar de enfermagem	31	19,6	127	80,4	-	-
Agente comunitário de saúde	148	93,1	11	6,9	-	-
Cirurgião dentista	1	0,6	157	99,4	-	-
Técnico em saúde bucal	0	0	71	44,9	87	55,1
Auxiliar em saúde bucal	1	0,6	155	98,1	2	1,3

Quadro 5.4 – Distribuição dos profissionais das unidades, segundo realização de visitas domiciliares, Campinas, 2012

O Quadro 5.5 mostra a distribuição dos profissionais que são conhecidos pelo seu nome, de acordo com os usuários entrevistados.

Quais profissionais da unidade você sabe o nome?	Sim		Não		Não tem na UBS	
	n	%	n	%	n	%
Agente comunitário de saúde	104	65,4	55	34,6	-	-
Médico generalista	101	64,7	55	35,3	-	-
Auxiliar de enfermagem	91	57,6	67	42,4	-	-
Enfermeiro	72	45,6	86	54,4	-	-
Cirurgião dentista	46	29,1	112	70,9	-	-
Auxiliar em saúde bucal	13	8,2	144	91,1	1	0,6
Técnico em saúde bucal	5	3,2	70	43,3	83	52,2
Pediatra	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	-	-	-	-	-	-

Quadro 5.5 – Distribuição dos usuários, segundo conhecimento do nome dos profissionais da unidade, Campinas, 2012

Pode-se observar pelo Quadro 5.5 que, 64,3% dos usuários conhecem o nome dos médicos generalistas, enquanto que 35,7% relataram não saber o nome deste profissional. Nenhum usuário relatou conhecer os nomes dos pediatras e ginecologistas. O nome dos profissionais que exercem a enfermagem é conhecido por 45,3% dos usuários; 57,2% dos usuários afirmaram conhecer o nome dos auxiliares de enfermagem. Os nomes dos agentes comunitários de saúde são conhecidos por 65,0% dos usuários entrevistados, enquanto que 35% relataram não conhecer o nome destes profissionais. O total 28,9% dos cirurgiões tem seus nomes conhecidos pelos entrevistados; 3,1% dos usuários afirmaram conhecer o nome dos técnicos de saúde bucal e 8,2% dos auxiliares de saúde bucal. No entanto, 52,2% dos usuários afirmaram não existir o técnico em saúde bucal em sua unidade.

6 DISCUSSÃO

Verifica-se pela Tabela 5.1 que os Centros de Saúde Carvalho de Moura e Centro de Saúde Esmeraldina obtiveram quase a totalidade de retorno dos questionários de pesquisa. Nas outras duas unidades pesquisadas, Centro de Saúde São José e Centro de Saúde Vila Rica, apenas a metade dos questionários retornaram. Isto se deve a vários fatores: a complexidade e o tamanho da área de abrangência das unidades; o envolvimento dos entrevistadores e coordenadores locais; o tamanho da amostra; alto índice de domicílios fechados; falta de segurança para os entrevistadores em algumas áreas sorteadas.

Um fator importante a ser considerado é que o trabalho de campo foi desenvolvido em sua maior parte, conforme destacado na metodologia, pelos agentes comunitários de saúde (ACS) das unidades. Apesar do esforço destes profissionais e da coordenação, é importante ressaltar que todas as unidades contavam com um número insuficiente de ACS. De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, cada agente comunitário é responsável por uma cobertura de 20 a 250 famílias (Brasil, 2000). Nas unidades do estudo, este número chega a ser dez vezes maior que o preconizado, dificultando, em muito, o desenvolvimento do trabalho.

A falta de recursos apropriados para o desenvolvimento da pesquisa foi outro fator limitante para diminuição da taxa de não resposta das unidades maiores (CS São José e Vila Rica). A impossibilidade de contar com pesquisadores contratados e com recursos apropriados para retornar ao domicílio, quantas vezes fossem necessárias, impossibilitou atingir o número de questionários preconizado na metodologia. Para Viacava (2006), as taxas de não resposta nos inquéritos populacionais vem aumentando, obrigando os desenhos metodológicos a corrigirem os efeitos neste tipo de estudo, trabalhando com pesos que minimizem a influência dos não respondentes.

A distribuição dos questionários ficou proporcionalmente equilibrada, com as unidades com maiores áreas de abrangência, contribuindo com maior número de questionários. As unidades menores populacionalmente compareceram com uma porcentagem de questionários semelhantes (Tabela 5.2).

A grande maioria dos entrevistados neste estudo, pertence ao sexo feminino (77,3%), com média de idade de 48,7 anos. Conforme orientação dada aos entrevistadores e descrita em

materiais e métodos, a preferência pela entrevista deveria ser dada ao responsável da residência, maior de dezoito anos e pertencente ao sexo feminino.

A grande maioria dos usuários entrevistados se declararam usuários das unidades pesquisadas (82,8%). Este índice revela à alta SUS dependência desta população, que tem nestes serviços a principal opção de cuidado de sua saúde. De um lado, as características demográfica e socioeconômica da população, aliado a alta vulnerabilidade e a SUS dependência elevada, dificultam os serviços a atender as demandas da população. Do outro lado, encontramos unidades sucateadas, equipes incompletas de profissionais e gestões que não priorizam os investimentos em saúde e a atenção básica, enquanto eixo orientador do sistema de saúde. A soma destes fatores configura o quadro atual da atenção à saúde destas unidades.

Vale ressaltar que alguns usuários possuem convênios médicos, porém utilizam a unidade de saúde para consultas eventuais, retirada medicamentos ou outros insumos e até para acompanhamento de doenças crônicas (Ex: usuários portadores de hipertensão e diabetes, cadastrado no Programa Hiperdia das unidades ou nas farmácias e que utilizam os grupos terapêuticos das unidades). Em um inquérito domiciliar realizado na Baixada Santista em 2007 foi verificada a frequência de uso regular de algum serviço do SUS por 7,8% das pessoas declaradas portadores de plano de saúde (Alves, 2008).

A unidade de saúde do São José, que tem uma SUS dependência de 76% é responsável por uma população total de mais de 31 mil pessoas, gerando mais de 23 mil usuários diretos e dependentes deste serviço. O Centro de Saúde Carvalho de Moura com uma população estimada de mais de 11 mil pessoas e uma SUS dependência perto dos 100%, isto é, uma população que utiliza com frequência a unidade, gera uma demanda excessiva e uma pressão constante por ofertas na área de saúde. O CS Esmeraldina tem uma população estimada de mais de 12 mil pessoas e uma SUS dependência de 79,2%, gera uma demanda para o serviço de uma população de mais de 9,5 mil pessoas. O CS Vila Rica tem uma população estimada de mais de 14 mil pessoas e uma SUS dependência de 84,2%, gerando para o serviço uma demanda de 11,8 mil pessoas (Tabela 5.4).

A cobertura de planos de saúde nas cidades com mais de 100 mil habitantes gira em torno dos 40%. Na Região Metropolitana da Baixada Santista, 41,6% possuíam planos de saúde. Na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) foi encontrado para a cidade de São Paulo a estimativa de 47,2% em 2004. A nível nacional, em 2003, a cobertura de planos de saúde

abrangia 24,6% da população (Pascalicchio et al., 2008). A taxa de cobertura dos planos de saúde para a Região Metropolitana de Campinas, segundo dados da Agência nacional de Saúde Suplementar (ANS) é de 48,7% (Brasil, 2012a).

A utilização dos serviços de saúde por usuários do sexo feminino é maior que o do sexo masculino, conforme demonstrado na tabela 3. Em pesquisa realizada em uma UBS de Porto Alegre (RS), em portadores de diabetes mellitus maiores de 20 anos, a amostra foi do sexo feminino foi de 59,5%, com média de idade de 53 anos (Mielczarski, 2012). No estudo sobre utilização dos serviços de saúde em São Leopoldo (RS) foram encontrados 71,9% de participantes do sexo feminino (Dias-da Costa, 2011).

As mulheres compõem a maioria dos usuários dos serviços de saúde da atenção básica. Os homens, por motivos sócio-cultural e político-econômico, acessam o sistema de saúde por meio da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (Brasil, 2008b). Portanto, apesar do direcionamento da pesquisa em favor do sexo feminino, verifica-se que os números encontrados seguem a tendência das unidades de saúde em geral.

As razões pelas quais os homens não aderem aos serviços de atenção primária se devem, em grande parte, às variáveis culturais, alicerçada a uma cultura patriarcal, enraizados há séculos no imaginário coletivo de nosso povo. A figura do homem é sempre associada à força, sendo a doença um sinal de fragilidade, o que faz os homens a procurarem menos os serviços de saúde (Schraiber, 2005).

Além dos fatores culturais, as questões socioeconômicas têm forte influência na não aderência dos homens aos serviços de atenção primária. As unidades de saúde têm seu horário de funcionamento, coincidente com o horário de trabalho dos usuários. A sociedade patriarcal atribui à figura do homem a responsabilidade de prover o sustento da família, sendo mais fator complicador na utilização dos serviços aos usuários do sexo masculino (Brasil, 2008b). Para Schraiber (2005) o mais comum é que os homens dependam das mulheres para o cuidado de sua saúde. Para os homens, o casamento se configura no fator de proteção em uma variedade de doenças, o mesmo não se refere às mulheres.

No presente estudo o total de mulheres que informaram serem usuárias das unidades de saúde foi de 79%, contrastando com 21% dos homens. No CS Carvalho de Moura, a porcentagem de mulheres que utilizavam a unidade corresponde a 72,9%. No CS Esmeraldina, 85,7% das mulheres afirmaram utilizar a unidade. Na área de abrangência do CS São José, 75,4% das

mulheres afirmaram utilizar a unidade. No CS Vila Rica, 81,25% das mulheres pesquisadas afirmaram utilizar a unidade.

Pode-se constatar pela análise destes dados, o alto índice de utilização dos serviços de saúde pela população entrevistada, chegando a 100% em uma unidade. Porém, como não foi perguntado se o usuário possuía plano de saúde, não se consegue dimensionar a SUS dependência absoluta desta população. No entanto, o que se pode afirmar, é a existência de uma grande parcela da população, pressionando pelo acesso aos serviços de saúde ou à algumas de suas ofertas. Outra constatação desta análise é a supremacia da população feminina na utilização destes serviços, explicitando a necessidade de se colocar em prática a política de saúde voltada para este gênero.

6.1 A integralidade da assistência à saúde

A busca por medicamentos e de consultas médicas foram os dois serviços mais procurados nas unidades, com 79,3% e 75,9%, respectivamente (Quadro 5.2). Apesar da mudança do modelo de saúde, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Campinas em 2001 e a incorporação de importantes diretrizes deste modelo, como trabalho em equipe multidisciplinar, adscrição de clientela e a incorporação do trabalho dos agentes comunitários de saúde, este fato, isoladamente, não foi capaz de romper com o modelo médico centrado e o apelo à medicalização. Por outro lado, a distribuição gratuita de medicamentos pelas unidades de saúde, representa um importante ganho social para os usuários, livrando-os da necessidade de custear este item. Portanto a distribuição gratuita de medicamentos, utilizado de forma racional, tem sido relacionada com a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde (Azevedo, 2010; Portela, 2010). Em pesquisa realizada na Região Metropolitana da Baixada Santista em 2007, a consulta médica, nos últimos 15 dias, foi o atendimento de saúde mais procurado pelos usuários (81,9%), segundo Alves (2008).

No estudo de Silveira (2011) os serviços mais utilizados foram, nesta ordem, consulta médica agendada, visitas domiciliares, consulta médica de urgência, puericultura, grupos educativos, consulta de enfermagem, dentre outros.

A partir da criação do SUS em 1988, a Assistência Farmacêutica passa, ainda que de forma incipiente, a se estruturar enquanto uma política de medicamentos, propiciando a construção de tecnologias específicas para o setor farmacêutico (Araujo, 2005). Entende-se por Assistência Farmacêutica o conjunto de ações ou grupos de atividades voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional, bem como o controle de qualidade, conservação, segurança e eficácia dos medicamentos. Além de assegurar o acompanhamento de sua utilização, difusão de informações e propiciar a implantação de processos de educação permanente de profissionais (Canabarro, 2009; Brasil, 2001a).

Mais de 70% dos entrevistados utilizaram o serviço de vacinação das unidades, segundo a pesquisa. Este fato demonstra a efetividade das ações de vigilância epidemiológica das unidades, dos programas de vacinação e das campanhas de multivacinação. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído no Brasil, no ano de 1970, para o controle das principais doenças transmissíveis, como a tuberculose, hepatite B, difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola, e a febre amarela em algumas regiões. Para atingir o objetivo de diminuir a morbimortalidade das doenças preveníveis, são estabelecidos critérios específicos baseados no comportamento epidemiológico destas doenças, no conhecimento científico e da experiência acumulada pelas equipes de saúde (São Paulo, 2000).

A coleta de exames laboratoriais foi apontada por 66,5% dos entrevistados. A coleta de exames na própria unidade favorece os usuários, que não precisam se deslocar para outros serviços de saúde. Em estudo realizado por Aguiar (2004) sob a percepção dos usuários sobre a atuação da equipe de saúde da família, num distrito de Caucaia (CE), a não realização da coleta dos exames laboratoriais na unidade foi uma das sugestões de melhorias mais frequentemente apontada (23,3%). Em estudo na baixada santista por Alves (2008), observou-se que 45,1% das consultas médicas geraram algum tipo de exame complementar. Segundo os parâmetros assistenciais do SUS, o Ministério da Saúde preconiza que, de 30 a 50% das consultas médicas podem gerar pedidos de exame complementar.

A ida às unidades de saúde para confecção do Cartão Nacional de Saúde (CNS), para cadastramento dos dados dos usuários em cada unidade foi apontada por 64,5% dos entrevistados. A Secretaria de Saúde de Campinas optou na ocasião da implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família em 2001, em não realizar o cadastramento prévio da população.

Portanto, passados 11 anos, as unidades de saúde ainda estão em processo de cadastramento de seus moradores. Atualmente, com a exigência do cartão do SUS para realização de todos os exames complementares, para retirada de medicamentos e até para usuários de planos de saúde privados, o processo de cadastramento está se findando e a maioria da população já possui o cartão do SUS.

A implantação de um cartão nacional de saúde é um anseio histórico do setor saúde desde o ano de 1996. O objetivo do cartão é de identificação e acompanhamento dos atendimentos de saúde dos usuários, por todo o sistema de saúde. O Projeto do Cartão Nacional de Saúde (CNS) tem sido entendido como instrumento capaz de articular a execução descentralizada das ações em saúde, com o caráter nacional e único do sistema de saúde (Cunha, 2002). Segundo Santos (2010, p.70) o Cartão Nacional de Saúde tem por finalidade

> a) Possibilitar acompanhamento das referências intermunicipais e interestaduais;
> b) Facilitar os processos relativos às compensações financeiras e ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos valores dos procedimentos realizados nos associados a empresas do setor de saúde supletiva;
> c) Possibilitar o acompanhamento do fluxo dos usuários no sistema de saúde;
> d) Subsidiar o planejamento e a definição das prioridades nas ações de saúde e o acompanhamento das políticas realizadas, através da mensuração da cobertura das atividades desenvolvidas e detecção de pontos de estrangulamento do sistema de saúde;
> e) Facilitar a integração dos dados dos Sistemas de Informações de Base Nacional gerenciados pelo Ministério da Saúde (MS), estados e municípios, permitir o aporte de outros dados importantes para sua análise, bem como propiciar a geração automática de formulários; próprios destes sistemas de informações;
> f) Subsidiar processos de regulamentação do sistema de saúde e de racionalização da utilização de recursos humanos, físicos e financeiros.

Algumas observações a cerca do CNS se fazem necessária a fim de não burocratizar o sistema de saúde. A falta do CNS, em hipótese alguma pode servir de empecilho para o acesso dos usuários aos serviços de saúde. O rigor ético deve ser seguido, rigorosamente, a fim de manter a confiabilidade dos dados inseridos no cartão, sendo à quebra do sigilo das informações, sujeitas às penalidades civis e criminais. Apesar do caráter nacional do cartão, cada município é responsável pelo cadastramento da população (Santos, 2010).

Em Campinas o cadastramento iniciou-se no ano de 2001 com programa CADCAMP, desenvolvido por uma empresa incubada pela Universidade de Campinas (UNICAMP) e pelos técnicos da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida e saúde dos

usuários residentes em Campinas (Campinas, 2009). Atualmente, o município de Campinas utiliza o sistema SIGA-Saúde para cadastramento dos usuários. O SIGA-Saúde é um sistema de arquitetura aberta, livre de licenças desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Município de São Paulo, em uso desde o ano de 2004 (Perche, 2010). Este programa permite outras funcionalidades, como agendamentos de consultas e outros procedimentos, possibilita o registro dos atendimentos, emite relatórios de gestão, dentre outros. Incorporou as funcionalidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) e do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG) (São Paulo, 2012).

Grande parte dos usuários entrevistados (61,6%) afirmou que utilizaram a consulta de enfermagem nas unidades. O enfermeiro, enquanto membro da equipe de saúde da família possui muitas atribuições, dentre elas a consulta de enfermagem, gestão dos serviços de saúde, solicitar exames, prescrever e transcrever medicamentos, conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais e regulamentado pelo conselho de classe da profissão (Santos, 2008). As consultas de enfermagem, juntamente com os atendimentos de enfermagem, constituem-se a maior parcela das ofertas de saúde das unidades básicas. Caracteriza-se pela sistematização do atendimento, resgate histórico da condição de saúde, que vai além dos aspectos biológicos e elaboração do plano de cuidado ou assistencial. O resgate do papel da enfermagem permite alcançar um cuidado mais resolutivo, pautado no princípio da integralidade e facilitando o acesso dos usuários ao sistema de saúde, respeitando o princípio da equidade e a singularidade de cada ação.

A consulta de enfermagem tem papel fundamental na promoção do autocuidado de doenças crônicas. Segundo Costa (2008), a abordagem do enfermeiro no controle da hipertesão arterial é essencial para o engajamento do usuário no autocuidado de sua saúde, mantendo os níveis pressóricos em níveis adequados. Nesta consulta se dá o processo educativo, objetivando a mudança de postura dos usuários em relação à sua doença e contribuindo para manutenção de sua saúde e qualidade de vida. Costa (2008) lista algumas ações realizadas na consulta de enfermagem: verificação da pressão, glicemia, peso, altura, orientações gerais (medicamentos, alimentação, higiene, atividade física, dentre outros), escuta qualificada das queixas, busca do histórico nos prontuários, encaminhamentos para outros profissionais, transcrição de receitas e agendamento de retornos.

A grande parcela dos usuários, apontados neste estudo, que utilizaram os serviços de enfermagem das unidades, demonstra a consolidação do papel destes trabalhadores, na construção do cuidado. Por outro lado, o setor da enfermagem concentra o maior número dos trabalhadores de uma unidade, constituindo-se a linha de frente dos atendimentos e dos acolhimentos das demandas da população. Este fato também pode ser observado na composição da equipe mínima das equipes de saúde da família, preconizadas pelo Ministério da Saúde, onde os profissionais de enfermagem, também estão em maioria (Alves et al., 2012). Segundo os autores (p.4)

> A atuação da enfermagem articulada e baseada em evidências científicas faz do enfermeiro uma figura importante para atuar em todos os níveis da assistência, consolidando o seu papel nos mais diversos espaços da saúde.

Segundo o mesmo autor, a valorização do enfermeiro na ESF foi favorecida pelo estabelecimento do equilíbrio de poder nas relações entre os demais profissionais da equipe multiprofissional de saúde da família, isto é, a distribuição de forças se estabelece horizontalmente entre os profissionais, desde o médico, até o agente comunitário de saúde. Portanto, o aumento do papel da enfermagem não pode estar relacionado à carência dos profissionais médicos nas unidades, mas devido à conquista de sua autonomia, enquanto profissão regulamentada, calcada em bases científicas e nas práticas e saberes acumulados por anos de trabalho.

O estudo mostrou que 56,7% dos usuários foram encaminhados para outros serviços ou outras especialidades. A construção de um sistema de saúde mais equânime e integral exigem esforços de gestores, profissionais de saúde e um controle social efetivo. É atribuição das equipes de saúde da família o atendimento integral dos usuários que procuram à unidade, abrangendo os aspectos bio-psico-sociais, considerando as subjetividades das relações familiares e sociais, dentro de um território vivo. Segundo o Ministério da Saúde, através da portaria 648 de 2006 (Brasil, 2006f, anexo I), é de responsabilidade de todos os profissionais das equipes de saúde da família

> - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
> - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
> - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

> - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;
> - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

A busca pela integralidade pressupõe estabelecer parcerias com outros serviços de saúde ou não, conhecer o território em que atua, bem como os equipamentos sociais disponíveis. Andrade (2005) afirma que as articulações entre diferentes serviços, compartilhando saberes e práticas, tendem a alcançar os objetivos que levaram sua aproximação. Rocha et al. (2011, p.124) apresentou algumas abordagens a respeito do princípio da integralidade

> - Integralidade no sentido de enxergar o usuário como ser complexo, não fragmentado, inserido num contexto social, num processo contínuo de interações com o meio e com outros. Visão holística que fundamenta o modelo biopsicossocial.
> - Integralidade entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Garantia da comunicação e do acesso entre os distintos setores (referência e contra-referência).
> - Integralidade na regulação do acesso, trabalhando com redes de serviço e não de forma piramidal, permitindo o acesso de acordo com a necessidade populacional. Adequando a oferta de recursos e serviços à demanda apresentada e não o contrário.
> - Integralidade no sentido de focar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, não apenas a assistência.
> - Integralidade como visão ampliada dos conceitos de saúde e de cuidado.
> - Integralidade tecendo redes sociais, por meio do estabelecimento de vínculo com unidade de saúde e comunidade.
> - Integralidade dos saberes no contexto do trabalho em equipes multiprofissionais.

Senna et al. (2010) em um estudo sobre a consolidação do SUS em grandes centros urbanos afirmou que apesar dos avanços da rede assistencial de atenção básica sob a gestão municipal, a integração entre os serviços e o acesso dos usuários aos demais níveis de assistência em saúde permanecem como um dos grandes desafios do SUS, ferindo o direito universal à saúde, como os princípios da integralidade e equidade.

O fato de que mais da metade dos usuários entrevistados neste estudo terem sido encaminhados a outros serviços mostra uma rede já consolidada. Porém, outros estudos seriam necessários para avaliar a qualidade destes encaminhamentos, bem como a resolutividade e responsabilização da rede básica de saúde, para com seus usuários. Outros questionamentos na configuração desta rede, também seriam necessários, como a facilidade de acesso a estes serviços e o tempo de espera para o agendamento dos usuários encaminhados.

Ainda em relação ao Quadro 5.2, a consulta odontológica foi outro serviço apontado por grande parte dos usuários (40,9%). O acesso universal e gratuito aos serviços odontológicos se constitui num dos grandes desafios na organização de qualquer serviço de saúde, se restringindo a

uma pequena parte da população (Ferreira et al., 2006; Noro et al., 2008). Um inquérito domiciliar realizado por Noro et al. (2008), onde se pesquisou o acesso de crianças de 5 a 9 anos, a algum serviço odontológico, constatou - se que 50,9% da amostra tiveram acesso ao tratamento dentário. Deste percentual, 85,4% acessaram através de um serviço público. Os demais acessaram através de convênios e do setor privado.

A procura por um serviço de saúde está relacionada com a necessidade sentida pelos usuários. Peres et al. (2012a), num estudo sobre a desigualdade no acesso e utilização dos serviços odontológicos em várias capitais brasileiras, constatou que a proporção de pessoas que sentiram mais necessidade de procurar um serviço odontológico foi nas cidades de Palma (TO), Distrito Federal e Vitória (ES), com uma proporção maior de 50% da amostra. Seguidos pelas cidades de Rio Branco (AC) e Belém (PA), com valores próximos a 40%. Em relação ao acesso aos serviços odontológicos, o mesmo estudo mostrou que 1 em cada 4 usuários das cidades de Manaus, Belém, Macapá e Rio Branco, não conseguiram atendimento quando necessitou. Em Curitiba (PR) apenas 5,4% não conseguiram acesso ao serviço. Neste estudo sobre as capitais brasileiras, a maior parte do acesso aos serviços odontológicos nas capitais pesquisadas se deu através de serviços privados. Uma pequena minoria dos usuários conseguiu atendimento através do SUS.

Portanto, o fato de mais de 40% dos entrevistados das unidades de saúde pesquisadas em Campinas terem apontado os serviços odontológicos, indicam uma grande legitimidade destes serviços, perante a população.

A realização de curativos está dentro do rol de atribuição das equipes de saúde da família (Marques; Silva, 2004; Shimizu et al., 2004). Neste estudo, a procura da unidade para a realização de curativos foi apontada por 38,4% dos usuários entrevistados. Este procedimento está intimamente relacionado com o trabalho da enfermagem, que entre suas muitas outras atribuições, se responsabiliza pelo cuidado de sua população. Marques e Silva (2004, p.547), num estudo sobre o papel da enfermagem e o Programa de Saúde da família em Campinas relatou que

> A enfermagem por ser a ESF no PSF antigo, tendo uma população adscrita sob sua responsabilidade, tornou-se referência para sua comunidade, desenvolvendo um trabalho centrado no usuário, com um olhar para a comunidade.

Segundo os mesmos autores, a construção do cuidado consiste na essência do trabalho da enfermagem, realçando os aspectos educativos do cuidado, proporcionando maior autonomia dos usuários. As unidades básicas de saúde sendo a porta de entrada para o sistema de saúde recebem,

invariavelmente, usuários com este tipo de demanda. Os curativos podem ser realizados em pacientes com lesões crônicas, portadores de diabetes, hanseníase, ferimentos diversos, mordidas de animais, dentre outros. O acolhimento a esta demanda se constitui em uma das mais eficientes formas de legitimar a equipe perante a população e estreitar os vínculos existentes entre serviço e comunidade. O fato de mais de 38% dos usuários das unidades terem utilizado este serviço, confirma a importância destes serviços para a população, que depende de um serviço público.

Seguindo o mesmo raciocínio anterior, da busca pela legitimidade dos serviços de saúde e da construção de vínculos, os grupos terapêuticos e de vivências existentes na unidade é mais um importante recurso em busca destes objetivos. Neste estudo, 10,8% dos entrevistados afirmaram participar de alguma atividade em grupo. No estudo de Nunes et al. (2012) sobre a resolutividade dos atendimentos de unidades de saúde em Ribeirão Preto (SP), 4% dos atendimentos estavam relacionados aos grupos programáticos das unidades.

Os grupos terapêuticos podem ser entendidos como um fenômeno processual, em constante transformação, obtido através das relações entre seus participantes e o contexto em que ocorre. É uma intervenção coletiva e interdisciplinar no processo de saúde na qual um grupo de pessoas estão submetidos, interagindo entre si, a fim de promover à saúde entre seus participantes (Santos et al., 2006; Cardoso, 2009). O trabalho em grupos tem sido utilizado pelas equipes de saúde enquanto ferramenta para potencializar as práticas assistenciais e educativas. Segundo Sisson et al. (2011) as atividades em grupos com usuários portadores de agravos específicos, constituem numa prática já incorporada ao processo de trabalho das unidades de saúde, demonstrando um avanço nas ações tradicionais de saúde, intensificando os processos educativos e de promoção de saúde.

As pessoas se organizam em grupos, com propósitos específicos, a fim de enfrentar os problemas decorrentes do sistema social (Silva et al., 2006). Segundo Silva et al. (2003), os grupos podem ser de convivência, onde seus integrantes se reúnem para sedimentação e entendimento de sua condição crônica de saúde. Os grupos comunitários tem a função de estimular a participação enquanto cidadãos, em prol de uma determinada comunidade. Os grupos terapêuticos visam o desenvolvimento de determinadas habilidades e busca da autonomia dos sujeitos para com sua saúde. Os grupos focais são dispositivos utilizados para abordar temas específicos, construídos a partir de interesses em comum. São realizados em um único encontro.

As unidades organizam grupos seguindo linhas de cuidados tradicionais da saúde, como hipertensão e diabetes, gestantes, planejamento familiar, idosos, doenças sexualmente transmissíveis (DST), saúde da mulher (prevenção câncer de mama e colo do útero), asmáticos, obesos, infartados, transplantados, drogaditos, depressivos, dentre outros. Os grupos de adolescentes e de saúde mental, ainda não foram totalmente incorporados à prática das equipes de saúde. Os grupos podem ser realizados em salas de espera, sala de reuniões ou em equipamentos sociais da área de abrangência da unidade (Silva et al., 2003; Moreira et al., 2005).

Apesar da importância da utilização dos grupos, enquanto dispositivos potentes na busca da integralidade, tem-se muitos entraves na implementação destes mecanismos, como a falta de capacitação técnica dos profissionais de saúde, locais impróprios, a pouca adesão da comunidade, centralização na figura do coordenador do grupo, conteúdos pouco interessantes e metodologias inadequadas, oferta de horários não condizentes com a necessidade dos usuários (Silva et al., 2003). A importância da utilização dos grupos de promoção da saúde é reconhecida pelos usuários, porém não é suficiente para fazê-los se deslocar à unidade, dando preferência à assistência curativa (Ogata et al., 2009; Franco, 2012).

Segundo Grossmann e kohlrauschc (2006) em estudo sobre as funcionalidades dos grupos e o papel dos enfermeiros na condução dos mesmos, indica que 97% dos participantes gostam de trabalhar em grupo; 69,4% tiveram algum contato sobre dinâmicas de grupos em sua formação profissional, embora afirmem desconhecer as teorias que regem este dispositivo. A frequência dos grupos é geralmente de uma vez por mês e a maioria dos participantes não definiu um tempo determinado de duração dos grupos. Apesar de toda complexidade e dificuldades em se manter um grupo e motivar a participação dos usuários, deve-se insistir na potencialização deste mecanismo, qualificando os profissionais e investindo na relação com a população, fortalecendo os vínculos e produzindo saúde e condições de vida mais favoráveis.

As comunicações de acidentes de trabalho (CAT) é um direito reservados a todos os trabalhadores, inscritos formalmente no sistema previdenciário brasileiro. Esta comunicação é de responsabilidade da empresa, devendo-se efetuá-la até o primeiro dia útil após a ocorrência do acidente de trabalho (Brasil, 2001b). A Portaria n° 777/GM, instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, regulamenta a notificação compulsaria dos agravos e acidentes relacionados ao trabalho e determina que todas as unidades ou serviços de saúde que atendem pelo SUS são

obrigados a comunicar os agravos através do SINAN (Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificados) (Brasil, 2004b).

No presente estudo, realizado nas unidades do Distrito Sul de Campinas, 3% dos usuários informaram que já procuraram a unidade para efetuar a comunicação de acidente de trabalho.

Segundo Lara (2011), as principais causas de acidentes e doenças ocupacionais estão relacionadas aos salários e benefícios inadequados, máquinas e equipamentos impróprios e instalações precárias. O mesmo autor acrescenta que, à contratação, por alguns setores produtivos, de mão de obra terceirizada e precarizada, contribui, sobremaneira, para o aumento dos acidentes relacionados ao trabalho. Segundo os dados da PNAD (2009), estima-se no Brasil que os trabalhadores por conta própria, os empregados sem carteira e os trabalhadores não remunerados representam cerca de 45%, apesar do aumento da formalização do trabalho, registrada nos últimos anos. Este contexto acentua as subnotificações dos agravos relacionados ao trabalho, dificultando as ações de promoção e prevenção dos serviços de saúde (Servo et al., 2011).

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (Brasil, 2001b, p.15) discrimina as propostas de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica, em relação à saúde do trabalhador

> - Organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares realizadas pelos agentes e membros das equipes de Saúde da Família.
> - Desenvolver programas de Educação em Saúde do Trabalhador.
> - Incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individua.
> - Condução clínica dos casos de menor complexidade e referenciando os de maior os mais complexos.
> - Notificação dos casos.
> - Solicitar da empresa a emissão do CAT e preencher a parte que cabe ao médico assistente.
> - Investigação do local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado.
> - Realizar orientações trabalhistas e previdenciárias, de acordo com cada caso.

A implementação das políticas do SUS, alicerçadas pela busca da integralidade da atenção, universalidade e equidade e, a partir da descentralização das políticas e ações de saúde, que vincula a saúde do trabalhador ao rol das atribuições dos trabalhadores do SUS. Verifica-se que, segundo Moraes (2009), as ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador não foram incorporadas pelo sistema público de saúde, sobretudo se compararmos com outras áreas ligadas à vigilância.

Registra-se que os números de acidentes de trabalho fatais no Brasil vem diminuindo com o tempo, porém estes números estão muito acima dos apresentados em países do primeiro mundo (Chagas et al., 2011). Portanto, é necessário que se promovam discussões sobre este tema, nas equipes de saúde da família e nos outros serviços do SUS, a fim de incorporar um processo de vigilância continua para as questões ocupacionais. O fato de 3% dos entrevistados neste estudo já relatarem procurar a unidade para este fim, demonstra a relevância deste tema, visto que, o esperado é que não ocorram acidentes ou agravos relacionados ao trabalho. Porém é necessário um aprofundamento nestas questões, com estudo específico, para avaliar a proporção de subnotificações, a resolutividade das queixas apresentadas, as dificuldades de acesso dos usuários para consulta ou abertura de CAT, o perfil epidemiológico das notificações, dentre outros, o que foge dos objetivos desta tese.

Percebe-se neste estudo que a grande maioria dos usuários que se utilizaram das consultas médicas nas unidades, foram encaminhados para alguma especialidade (76,5%), conforme verificado na tabela 5.5. Pode-se analisar este indicador sob alguns prismas. Primeiro, uma forte dependência dos profissionais médicos, na condução dos casos clínicos, em relação à atenção especializada. O segundo enfoque diz respeito a pouca resolutividade da atenção básica, na condução dos agravos de saúde da população. E por último, pode-se notar a presença marcante da medicina tradicional, médico-procedimento centrada, apesar de todos os esforços das equipes de saúde, na implantação dos conceitos da Medicina de Família e Comunidade.

Segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (Brasil, 2001c), espera-se que de 15 a 20% dos usuários sejam referenciados para níveis mais especializados, sendo a atenção básica responsável pela coordenação do cuidado e referenciamento adequado (Nunes et al., 2012; Oliveira et al., 2009). Para Nunes et al. (2012), as unidades de saúde da família (USF) não devem se restringir à triagem e encaminhamentos para esferas superiores, a fim de resolver os problemas apresentados pela população. Em estudo do mesmo autor, na qual avaliava os atendimentos de unidades de saúde da família e unidades básicas de Ribeirão Preto (SP), encontrou-se uma resolutividade de mais de 90%, sendo que apenas 8,6% dos atendimentos avaliados foram encaminhados para especialidade. No estudo do Conass (2003) para conhecer a satisfação dos usuários do SUS, foi verificado que 22,8% foram encaminhados para consulta médica especializada.

No estudo com usuários de uma equipe de saúde da família de Porto Alegre (RS), Rosa et al. (2011) constatou que 61,3% dos problemas de saúde eram sempre ou quase sempre resolvidos. Apesar de relatarem a demora nos agendamentos das consultas com especialistas. Neste mesmo estudo constatou-se que 81,7% dos usuários responderam que as unidades os encaminhavam para outros serviços, quando não conseguiam resolver os seus problemas.

No estudo de Corrêa et al. (2011) sobre o acesso dos usuários a uma unidade de saúde de Cuiabá (MT), sob o olhar dos usuários, verificou-se uma avaliação nem sempre positiva, devido à demora no atendimento e a baixa capacidade resolutividade. Por outro lado, neste mesmo estudo, evidenciou-se o papel da atenção básica como ordenadora do sistema de saúde, encaminhando os usuários aos demais níveis hierárquicos. Silveira et al. (2011) avaliando a ESF implantada em uma unidade da cidade de Montes Claros (MG) verificou que 66% dos usuários estavam satisfeitos com a resolutividade da unidade. A falta de planejamento dos gestores e a inadequação dos programas de saúde em atender aos anseios da comunidade, interferem na legitimidade dos serviços, em sua organização e na baixa resolutividade (Kempfer et al., 2011). Para Machado et al. (2011) a preocupação das equipes de saúde da família na integralidade das ações em saúde são dificultadas pela ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais, provocando uma ruptura na continuidade do cuidado. Portanto, vários estudos apontam problemas no referenciamento dos serviços de atenção básica para atenção secundária e terciária, comprometendo a integralidade da assistência à população e a legitimação das equipes perante a comunidade.

Enfim, para caminhar rumo à universalidade e a equidade na oferta dos serviços e integrar a atenção básica à média e alta complexidade, faz-se necessário à implantação de centrais de regulação informatizada de agendamento de consultas desde as unidades de saúde (Almeida et al., 2010). As cidades de Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória utilizam o sistema de regulação informatizada SISREG, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A cidade de Aracajú utiliza o programa TAS (Terminal de Atendimento do SUS), que permite apenas a marcação de procedimentos especializados, mas não executa a função de regulação (Almeida et al., 2010). A cidade de Campinas utiliza o sistema SIGA- SAÚDE, ferramenta desenvolvida e utilizada pela cidade de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde. Este sistema permite o agendamento de consultas no nível da atenção básica e da média complexidade, além de executar a função de regulação do sistema e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Além da implantação de projetos de informatização da regulação e agendamento, todos os municípios iniciaram um processo de descentralização da regulação e responsabilização dos profissionais das unidades básicas de saúde neste sistema (Almeida et al., 2010).

Na continuidade da análise da integralidade da atenção à saúde, foram avaliados os atendimentos prestados aos portadores de hipertensão e diabetes, gestantes e idosos (Tabela 5.19). A maioria dos usuários não conseguiu avaliar o atendimento ofertado aos hipertensos e diabéticos e as gestantes. Porém, dos que responderam a questão, a maior parte considerou bom o atendimento recebido. Análise semelhante pode ser feita em relação aos idosos, exceto que, a porcentagem dos que não souberam responder é inferior ao dos que avaliaram como bom o atendimento.

A diminuição do índice de fecundidade no Brasil, o aumento da expectativa de vida, consequente envelhecimento da população brasileira, aliado a adoção de estilo de vida pouco saudável, como o sedentarismo, alimentação inadequada e a obesidade são responsáveis pelo aumento das doenças crônicas no mundo (Pascalicchio et al., 2008).

A hipertensão e o Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças crônicas, de alta prevalência no mundo e são apontadas como um dos principais fatores para doenças cardiovasculares, que são as principais causas de mortes, representando em 2001, quase 32% do total de óbitos no Brasil (Silva Jr et al., 2006).

A hipertensão arterial acomete de 11 a 20% da população com mais de 20 anos. O diabetes afeta as gestantes e todas as faixas etárias, sem distinção de sexo, raça ou condição socioeconômica. A prevalência na população adulta é de 7,6%. A possibilidade de associação das duas doenças é de 50%, requerendo das equipes de saúde o preparo adequado para abordagem destas doenças simultaneamente (Brasil, 2001c).

O enfrentamento destas doenças exige abordagem multiprofissional, onde a prevenção é o tratamento mais eficaz e barato. É imprescindível que a equipe de saúde atue nos condicionantes ou determinantes de saúde, enfatizando a eliminação do tabagismo, controle da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (Brasil, 2001c). Portanto, no enfrentamento destas doenças é necessária uma atuação integrada dos profissionais da equipe de saúde da família e, juntamente com a comunidade, construa projetos de vida mais saudáveis. Além do enfoque multiprofissional, a interdisciplinaridade é requisito desejável na prevenção da hipertensão arterial e do diabetes

mellitus. O acréscimo de outros profissionais como cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, valorizam e enriquecem a atuação da equipe de saúde, propiciando resultados mais favoráveis.

Além do mais, os achados na literatura indicam que somente parte da população está com a doença controlada (Silva, 2011 et al.; Freitas et al., 2012) indicando a necessidade de ações de promoção de saúde voltadas ao controle e prevenção dos fatores de risco, abordados anteriormente.

Em relação ao atendimento das gestantes nas unidades pesquisadas, verificou-se que a maioria dos usuários não soube responder a este quesito. Isto se deve a metodologia empregada neste estudo, onde a gestante não se configurava como foco da pesquisa. Outra razão se deve à forma aleatória empregada para o sorteio dos inquéritos.

Apesar deste fato, verificou-se que mais de um quarto dos usuários desta pesquisa, considerou o atendimento ofertado às gestantes como bom. Porém, estudos revelam que a qualidade do pré-natal no Brasil é ainda insatisfatória. A incidência de sífilis congênita se encontra em patamares acima do estimado, além da hipertensão ser a principal causa de mortes maternas, indicando a necessidade de qualificar o pré-natal (Pirotta et al., 2008). Segundo o autor, o recomendado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é que a primeira consulta seja realizada, no máximo, até o quarto mês de gravidez; deverão ser realizadas no mínimo seis consultas para cada gestante; ter acesso assegurado aos exames laboratoriais; vacina antitetânica; teste de HIV; classificação de risco gestacional; participação em atividades educativas.

No estudo de Grangeiro et al. (2008) que analisaram o pré-natal de 1544 gestantes da cidade de Quixadá (CE), apesar do aumento das gestantes que realizaram as seis consultas de pré-natal, verificou-se a necessidade de aumento da captação precoce das gestantes e dificuldades no acesso aos exames laboratoriais e teste de HIV. Conclusões semelhantes foram verificadas nos estudos de Nascimento et al. (2007), Parada (2008) e Pirotta e Escuder (2008).

Serruya et al. (2004) verificou que apenas uma pequena parcela das gestantes teve todos os procedimentos preconizados pelo PHPN. Menos de 25% das mulheres tiveram seis ou mais consultas de pré-natal e problemas para realização de exames laboratoriais e consulta de puerpério.

Apesar da evidente melhora na qualidade do pré-natal ao longo dos últimos anos, principalmente após a implantação da PHPN, tem-se ainda um longo caminho até a efetivação plena das políticas voltadas ao pré-natal humanizado, independente da condição social da gestante.

O atendimento dos idosos se constitui num dos principais desafios de toda gestão, devido à complexidade dos casos e aumento da população de idosos no Brasil. Este envelhecimento da população brasileira resulta no aumento dos custos decorrente na mudança no padrão de morbidade. Os idosos são acometidos, geralmente, por doenças crônicas, de longa duração e aumento das incapacidades, que exigem um acompanhamento e intervenções contínuas das equipes de saúde, demandando maiores recursos médico-hospitalares (Leite, 2009). No presente estudo quase a metade dos usuários entrevistados consideraram o atendimento oferecido aos idosos como ótimo/bom (Tabela 5.19).

O estudo de Leite e Gonçalves (2009) que analisou o contexto sociodemografico das cidades pertencentes a 17ª Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), constatou que das internações ocorridas no ano de 2005, os idosos representaram de 29,1% a 49% das internações ocorridas em diversos hospitais da região, ratificando a tese de maior vulnerabilidade deste segmento da população e da necessidade de maiores recursos físicos e humanos para atendimento aos idosos.

Dentro das atribuições das equipes de saúde se encontra a avaliação da capacidade funcional dos idosos que avalia a possibilidade desta população em realizar suas atividades cotidianas. A capacidade funcional pode ser entendida como a habilidade que qualquer individuo de adaptar-se aos problemas cotidianos, apesar de possuir alguma limitação física, mental ou social (OMS, 2005). Portanto, é de responsabilidade dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família, realizar as avaliações necessárias, tanto nos serviços, quanto no domicílio, que permita aos idosos cuidarem de si mesmos e executar as atividades da vida cotidiana, apesar de suas limitações físicas e outras vulnerabilidades (Lourenço et al., 2012).

Em 19 de outubro de 2006 foi promulgada a Portaria nº 2528, intitulada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta Portaria estabelece as seguintes diretrizes relacionada à pessoa idosa: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo as ações intersetoriais, visando a integralidade; assegurar os recursos capazes de qualificar a atenção à pessoa idosa; fortalecimento do controle social; educação

permanente dos profissionais; dentre outras (Brasil, 2006c). Segundo esta Portaria a promoção do envelhecimento ativo e saudável, mantendo a capacidade funcional e a autonomia deve ser a meta de toda ação em saúde. E segue afirmando que

> os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Para atingir os objetivos de uma atenção qualificada aos idosos e a promoção do envelhecimento saudável, as unidades de saúde devem reorganizar os processos de trabalhos, a fim de desenvolver uma série de atividades, dentre elas, implantar um atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa; informar seus direitos; valorizar e respeitar a velhice; estimular a solidariedade para com este grupo etário; realizar ações de prevenção de acidentes nos domicílios e nas vias públicas; combater a violência domestica e institucional contra os idosos; facilitar a integração dos idosos nos grupos de terceira idade e de convivência; promover programas de prevenção às doenças crônicas não transmissíveis; dentre outras atividades (Brasil, 2006c).

Um dos dispositivos mais utilizados e comprovadamente eficazes no fortalecimento dos vínculos entre a população idosa e os serviços de saúde são os grupos educativos e de vivência realizado nas unidades. Segundo Cavalcante e Freitas (2007) os grupos tem o potencial de ampliar a participação dos idosos nas atividades da sociedade, valorizando a troca de experiências, afastando os preconceitos, favorecendo a adesão ao tratamento.

Portanto, apesar da avaliação favorável em relação ao atendimento aos idosos neste estudo, tem-se um longo percurso em direção à integralidade da atenção aos idosos, à qualificação do atendimento, estímulo ao autocuidado e o envelhecimento saudável.

6.2 As práticas integrativas e complementares de saúde

A instituição das práticas integrativas no SUS está se constituindo num dos mais importantes instrumentos de qualificação da atenção à saúde no Brasil. Foi instituída oficialmente através da Portaria 971 de 04 de maio de 2006, que criou a Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006d). Esta política tem por objetivo (Brasil, 2008c) de

a) incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

b) Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às práticas integrativas, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no seu uso.

c) Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

d) Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Segundo o estudo do Ministério da Saúde (Brasil, 2008c), o estado de São Paulo é o que mais investe na implementação das práticas integrativas nas unidades de saúde. Este estudo mostra que as práticas mais prevalentes nas unidades são as práticas complementares (yoga, tai chi chuan, liang gong, reiki, toque terapêutico, grupos de relaxamento e meditação, biodança, automassagens, entre outras), fitoterapia, homeopatia, acupuntura e medicina antroposofica. O estudo também mostra que pouco mais de 6% dos municípios brasileiros dispõem de lei instituindo as práticas integrativas nos serviços de saúde.

A incorporação de práticas integrativas e complementares nos centros de saúde de Campinas tem sido constante desde 1989, desde a implantação do primeiro ambulatório de homeopatia. Esta prática se intensificou com a implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família, no ano de 2001 (Nagai; Queiroz, 2011). No estudo de Nagai e Queiroz (2011), realizado em Campinas (SP), mostrou-se que mais de 76% dos centros de saúde, utilizavam ao menos uma prática alternativa ou complementar.

No presente estudo, as principais práticas integrativas e complementares realizada nas unidades foram a ginástica chinesa Lian Going, seguido pela caminhada terapêutica e a acupuntura. A homeopatia e a fitoterapia foram pouco citadas pelos usuários entrevistados (Quadro 5.3). Porém pode-se verificar que a proporção dos que não utilizam das práticas integrativas é semelhante aos que não souberam avaliar os resultados desta prática (cerca de 70%), conforme se verifica na Tabela 5.22. No entanto, dos que se utilizam das práticas, quase a

totalidade a avaliaram seus resultados como ótimo ou bom. Estes resultados são semelhantes aos encontrados na dissertação realizada sobre este tema (Simoni, 2005), ratificando a avaliação positiva generalizada da eficácia clínica.

No estudo de Fontanella (2007) realizado na comunidade Sertão dos Correas, no município de Tubarão (SC), as práticas complementares mais utilizadas foram a fitoterapia e a homeopatia. As práticas como shiatsu, xantala, massoterapia, reflexologia e osteopatia, nunca foram utilizadas pelos participantes do estudo. Neste estudo, quando se perguntou sobre o interesse nessas práticas, os destaques foram para os chás e fitoterapia que obtiveram 100% e 86,3% de interesse respectivamente.

No estudo de Tesser (2009), o autor detalha algumas dificuldades de implementação das práticas integrativas. A primeira consiste em superar o descrédito de se implementar novas atividades que não sejam centradas no cientificismo puramente técnico. Aliada a esta dificuldade está à falta de instituições de prestigio vinculadas a outras racionalidades médicas, que não somente a biológica, mas que agregam os ideários do SUS e as ações de promoção da saúde. E, por último, a mercantilização dos saberes, técnicas e práticas complementares, que descontextualiza outros saberes e práticas. O autor propõe que a sociedade deva intervir na formulação das políticas, via controle social, para a efetivação das práticas complementares no SUS. Além de fomentar as pesquisas neste campo de atuação e capacitar os profissionais de saúde a trabalhar com o enfoque da promoção da saúde.

Como visto, as práticas integrativas e complementares estão incorporadas no cotidiano das unidades de saúde. No entanto, é fundamental que o controle social exerça seu papel com toda a sua potência, para que os gestores não haja no impulso, retrocedendo às práticas de saúdes tradicionais, tecnicistas e limitadoras da atuação dos profissionais de saúde.

6.3 Promoção da saúde

A promoção da saúde consiste em um conjunto de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população. Consiste em um dos principais fundamentos para a mudança do modelo curativo e médico-procedimento centrado, para um modelo voltado para um modo de

vida saudável (Freitas; Mandú, 2010). Segundo os autores, a educação em saúde é utilizada como ações de promoção da saúde, devendo interferir no processo saúde-doença, ampliar o controle social pela população, além de estimular a participação no planejamento e avaliação das ações em saúde.

Na primeira conferência Internacional sobre promoção da saúde foi realizado na cidade de Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, onde o conceito de promoção da saúde foi formalizado. Segundo a Carta de Ottawa promoção da saúde "é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Segundo este conceito a promoção da saúde transcende o setor saúde, incorporando ações para modificar favoravelmente o meio ambiente, indo na direção do bem-estar global (Brasil, 2002). A promoção da saúde é considerado como principal recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, tendo como meta a promoção da qualidade de vida (Feijão; Galvão, 2007).

Na Carta de Ottawa são listados os pré-requisitos para a saúde que são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A responsabilidade pela implantação da promoção da saúde nos serviços deve ser compartilhada entre seus usuários, a comunidade, profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores (Brasil, 2002).

Como visto, a educação em saúde consiste num dos pilares da promoção da saúde nas unidades. Neste estudo, as ações de educação em saúde foram avaliadas pelos usuários da pesquisa. Pode-se verificar pela tabela 5.20 que, os usuários tiveram muita dificuldade em avaliar as ações de orientação relacionadas à saúde bucal. Porém, dos usuários que avaliaram, cerca de 45% consideraram as orientações relacionadas a saúde bucal como ótima/boa. No estudo de Cervera et al. (2011), realizado nas unidades de saúde da família de Uberaba (MG), relaciona a educação em saúde com as ações da enfermagem, principalmente com as visitas domiciliares e as consultas de enfermagem, contando com a colaboração de todos os profissionais de saúde da unidade, na execução das atividades e compartilhando os conhecimentos de cada núcleo profissional.

Verificou-se neste estudo que a maioria dos usuários não recebeu nenhuma orientação sobre sexualidade (56,4%), enquanto que 30,3% afirmaram terem recebido alguma orientação

sobre este tema. Porém a maioria dos usuários não conseguiu avaliar as orientações recebidas e cerca de 40% dos entrevistados avaliaram como ótima/boa (Tabela 5.29).

A orientação sobre sexualidade e outros temas afins constitui-se em uma das mais relevantes atividades de promoção de saúde, principalmente para os adolescentes. O índice de gravidez indesejada na adolescência é bastante elevado, resultando num dos principais motivos de evasão escolar (Godinho et al., 2000). No estudo Carvalho et al. (2009), realizado na cidade de Canindé (CE) com adolescentes grávidas, foi verificado que a maioria das adolescentes não procurou nenhuma informação antes do início da atividade sexual. Apenas 13% se orientaram com seus colegas, seguido de seus parentes e em terceiro lugar, os pais. Além disso, cerca de 30% iniciaram a atividade sexual entre 12 e 14 anos. Neste estudo de Canindé (CE), nenhuma adolescente procurou algum profissional de saúde para se orientar sobre sexualidade ou planejamento familiar. Porém muitas delas afirmaram que receberam orientação da escola e da família.

Pode-se verificar que os adolescentes não estão encontrando respaldo dos serviços de saúde para atravessar com tranquilidade, esta complexa fase pela qual estão passando. Os adolescentes sempre foram tratados de forma tutelada, protecionista e controladora, como se fossem incapazes de tomar decisões, desconsiderando sua autonomia e possibilidade de escolha para o seu projeto de vida (Brasil, 2007a). Conforme descreve o Ministério da Saúde, a adolescência e a juventude são fases da vida, como as outras, e devem ser vividas em sua plenitude, com todos os direitos e deveres inerentes a esta fase (Brasil, 2007a).

Os adolescentes, geralmente não procuram os serviços de saúde para atendimento de rotina ou programáticos. As unidades de saúde necessitam reorganizar o seu processo de trabalho para acolher o adolescente que buscar qualquer atendimento, facilitando seu acesso, aproveitando a ocasião para construção de vínculos, mais duradouros. Outra possibilidade seria realizar as atividades de educação em saúde nos ambientes onde os adolescentes se encontram, como escolas, ONGs, igrejas, dentre outros.

O Ministério da Saúde coloca dentre os desafios da Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2007a, p.47)

> Construção e implementação de ações que assegurem a ampliação do conhecimento sobre corpo, sexualidade e saúde por adolescentes e jovens, com vistas a maior autonomia e vivência da sexualidade de forma segura, prazerosa e saudável, em todos os níveis de atenção, e com o envolvimento dos diversos sujeitos – gestores nacionais, estaduais, municipais e sociedade civil organizada.

O tema da sexualidade tem sido estudado por vários autores. No estudo de revisão da literatura de Feijão e Galvão (2007), sobre a educação em saúde, constatou que 13,8% dos artigos eram relacionados ao tema das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, 5,2% eram sobre sexualidade e corpo, enquanto que 1,7% eram relacionados ao controle da cárie. Para o mesmo autor a educação em saúde, além de ser uma ação de promoção da saúde, é importante na prevenção e reabilitação das doenças, no incentivo à cidadania e responsabilidade social e na multiplicação dos saberes acumulados durante o processo de construção do modelo de saúde humanizado e resolutivo.

De acordo com Barbosa et al. (2007), em relação à educação em saúde bucal, afirma que a mesma passou a serem bastante valorizada pelos profissionais da área, que passaram a desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde, de forma sistemática, nas escolas, domicílios e em outros equipamentos sociais. Neste estudo, segundo o mesmo autor, a ações de educação em saúde corresponde a quase um quarto das atividades dos cirurgiões dentistas, ficando atrás do tratamento curativo (cerca de 48% das atividades).

O fato da maioria dos entrevistados desta pesquisa, não conseguir avaliar as práticas de educação em saúde, sobre o tema da sexualidade (Tabela 5.29), significa que as ações de promoção de saúde, dentre elas as educativas, são ainda pouco valorizadas ou desconhecidas por grande parte da população. Outra razão se deve aos resquícios do modelo biomédico, curativista, que ainda se perpetua nos processos de trabalho das unidades. Ou, ainda a grande demanda por ações assistenciais por parte da população, que necessitam terem seus problemas solucionados, para então, se integrarem em ações de promoção.

Os grupos de vivências também foram abordados neste estudo. As avaliações foram semelhantes à encontrada às atividades de educação em saúde. A maioria dos usuários não conseguiu fazer uma análise sobre este tema. Dos que emitiram opinião, quase a totalidade delas, foram avaliações positivas, com destaque para 27,5% dos usuários que consideraram boas estas atividades (Tabela 5.23). Valores semelhantes foram encontrados no estudo de Costa e Rodrigues (2010), onde todos afirmaram que os grupos são bons e se constituem numa oportunidade para aprendizado, lazer, entretenimento e uma forma de fazer coisas novas.

Os grupos podem ter caráter educativo, informativo, de lazer, dentre outros (Costa; Rodrigues, 2010). Apesar da maioria dos frequentadores dos grupos de vivência ser de pessoas idosas, os grupos são um importante dispositivo de socialização de pessoas de todas as idades.

Servem de trocas de experiências e saberes acumulados durante a vida de cada participante. Certamente, o que restringe o acesso dos usuários aos grupos, se deve ao horário de funcionamento em que ele ocorre, dificultando ou impossibilitando a participação dos que trabalham. Este fato explica o alto índice de não resposta deste item, pelo simples fato destas pessoas não terem participado de nenhum grupo. Outro fator que pode explicar é a falta de interesse das pessoas em participarem dos grupos de promoção de saúde (Costa; Rodrigues, 2010). Isto se deve aos resquícios do modelo biomédico, centrado na doença e não na saúde, que perdurou no Brasil durante décadas. Segundo Costa e Rodrigues (2010), no estudo realizado numa unidade de saúde da família de São Paulo (SP), os grupos eram considerados como atividade secundária, dando ênfase às suas necessidades mais urgentes ou de valorização das práticas individuais.

Portanto, é preciso implementar, de fato, os grupos de promoção de saúde nas unidades, aumentando sua cobertura na população, reforçando a troca do modelo centrado no individual, para o coletivo, reforçando a ideia da participação efetiva da comunidade na construção do modelo voltado para qualidade de vida.

6.4 A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O tempo de espera pelo acesso as diversas ofertas dos serviços de saúde é sempre motivo de contestação por parte dos usuários. Normalmente, os serviços públicos de saúde são classificados como morosos e ineficazes (Kantorski et al., 2009). Neste estudo, esta dimensão do acesso foi avaliada segundo variáveis (Tabela 5.6). Apesar dos altos índices de reclamação da população em relação à saúde, o tempo de espera por exames, especialidade médica, consulta odontológica, tiveram uma predominância de avaliações consideradas como boas ou regulares. No quesito tempo de espera por especialidade odontológica, teve o predomínio de usuários que não souberam avaliar este quesito. As demais avaliações foram bastante equilibradas, com ligeira predominância de avaliações boas e péssimas. Os dados encontrados neste estudo são ratificados pelos achados da literatura.

No estudo de Lima et al. (2010) sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Recife (PE), o tempo de espera por uma consulta no CEO foi considerado regular por 48% dos usuários da pesquisa. Cerca de 22% consideraram bom e 20% consideraram o tempo de espera ruim. Em um dos CEOs pesquisados o tempo de espera foi considerado muito longo por 38,2% dos usuários. Em outro estudo, o tempo de espera prolongado por uma consulta odontológico é apontado como um dos principais fatores que comprometem o acesso dos usuários (Szpilman; Oliveira, 2011).

No estudo prospectivo do Conass (2003) para conhecer a avaliação dos usuários do SUS, os principais problemas citados foram à demora para consulta médica (41,3%) e para realização de exames (14,4%). No estudo de Almeida et al. (2010), o tempo médio de espera em mais de três meses para agendamento de consultas especializadas, quando estimado por médicos e enfermeiros, foram de 32%, 53,1%, 57,3% e 34,1% destes profissionais atuantes nas cidades de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, respectivamente. No mesmo estudo, o tempo de espera pelo atendimento com o especialista, estimado por usuários das mesmas cidades pesquisadas foram, em sua maioria, atendidos em até 30 dias. Os índices encontrados foram de 59,5%, 58,1%, 43,9% e 76,5%, segundo os usuários das cidades de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, respectivamente. No estudo de Sisson et al. (2011) sobre a análise do modelo de saúde, após a implantação da ESF na cidade de Florianópolis, encontrou que, segundo a estimativa de 72% dos médicos, o tempo de espera apontado por estes profissionais para uma consulta especializada era maior que três meses. Percebe-se uma nítida discrepância entre a avaliação dada pelos usuários e a dos trabalhadores de saúde. Os usuários tendem em avaliar o tempo de espera mais condescendentemente que os profissionais de saúde, que se mostram mais rigorosos na avaliação.

A dificuldade no acesso e consequentemente, o longo tempo de espera para o atendimento nos serviços públicos de saúde pode estar relacionado com a escassez de oferta de consultas médicas e odontológicas, em detrimento a grande necessidade da população (Szpilman; Oliveira, 2011). Para Starfield (2004), o tempo de espera na Atenção Primária de Saúde (APS), para a maioria das urgências, deve ser de uma hora, em 90% dos casos; as queixas agudas devem ser atendidas em um dia, para 90% dos casos; os atendimentos de rotina, os seguimentos têm de ser agendados em uma semana, em 90% dos casos; e, na unidade, o tempo de espera na Unidade para o atendimento deve ser menor do que trinta minutos, em 90% dos casos.

A demora no atendimento de consultas especializadas compromete o vínculo entre usuário e a ESF, podendo ser interpretado como descompromisso da equipe na resolução de seus problemas (Kantorski et al., 2009). Atender as demandas dos usuários, dentro da presteza que cada situação exige dever ser a missão de toda unidade de saúde.

Outra dimensão da política de Humanização diz respeita à recepção da unidade e sua estrutura física. A recepção é o "coração" de uma unidade de saúde. É o local onde se estabelecem os primeiros vínculos entre trabalhadores e usuários e onde surgem os primeiros conflitos. É o espaço onde os usuários expressam suas necessidades e se configura em um potente instrumento analisador do processo de trabalho da unidade (Teixeira, 2001). A recepção é responsável pelo atendimento dos pacientes crônicos (programáticos) e da demanda espontânea (Sá et al., 2009), como as queixas agudas e serviços burocráticos, como renovação de receitas, relatórios médicos, agendamentos, etc. A demanda espontânea é responsável pela maioria dos conflitos na unidade. No presente estudo, o atendimento da recepção foi considerado ótimo ou bom por quase 71% da população, denotando um bom atendimento realisado pelos profissionais da área. Este dado é ratificado pelos achados da Tabela 5.15, onde se verifica que quase 70% dos usuários negaram serem maltratados, alguma vez, em sua unidade. O atendimento da recepção também teve avaliação favorável no estudo de Motta e Pellenz (2005), onde o trabalho foi realisado de forma rápida, pela grade maioria dos usuários.

Contudo, o trabalho na recepção apresenta muitos problemas e conflitos. Os usuários reclamam com frequência do atendimento recebido, de terem de se expor em um local inapropriado, do encaminhamento dado para o caso e do fato de não serem atendidos pelo médico, sem a necessidade de ser acolhido pela enfermeira (Souza et al., 2008).

Em relação aos meios de informação utilizados na unidade para orientação da população, mais da metade dos usuários considerou estes recursos como ótimo/bom (Tabela 5.12). Porém, os usuários, em sua maioria, não souberam avaliar a qualidade dos instrumentos de registros de reclamações e sugestões (Tabela 5.13). Este dado é compatível com os resultados da Tabela 5.13, onde mais 78% dos usuários afirmaram que nunca utilizaram algum instrumento de registro disponibilizado pela unidade e apenas 7,8% fizeram uso de algum instrumento. Dentre os poucos usuários que fizeram uso de algum recurso para o registro de reclamações ou informações, consideraram a resposta dada pela unidade a estas reclamações como boas. No entanto, mais de 76% dos usuários não souberam avaliar este quesito (Tabela 5.14). No estudo de Sarti et al.

(2012) onde foi avaliado 46 municípios do estado do Espírito Santo, verificou-se que 24,5% das equipes de saúde da família disponibilizaram recursos para registro de sugestões e reclamações e 7,1% reúnem-se regularmente com a comunidade para debates estes problemas. Portanto, pode-se concluir que apesar de se tratar de um recurso potente, ele está sendo subutilizado, trazendo pouco retorno para a gestão, que em conjunto com a equipe de trabalhadores e o controle social, possa qualificar a atendimento à população.

Para Coelho e Jorge (2009) o acolhimento se estabelece nas relações entre os profissionais que o atende e a população. Para o autor, o simples fato de darmos as boas vindas aos usuários, permite que se estabeleçam uma relação de confiança entre trabalhadores e usuários, permitindo a construção de projetos terapêuticos singularizados e resolutivos. Para o mesmo autor, um acolhimento humanizado começa na recepção da unidade, onde os usuários são direcionados e orientados sobre o funcionamento da unidade e suas ofertas de serviços.

Em relação à estrutura física, 41% dos usuários deste estudo a consideraram ótima/boa, enquanto que 34,4% consideraram ruim/péssima. Cerca de 23% considerou as condições físicas da unidade como regular. Especificamente, em relação às condições da sala de espera das unidades, a avaliação foi, em sua maioria, considerada positiva, pois mais da metade dos usuários entrevistados, a classificaram como boa ou regular. No entanto, cerca de um terço da amostra reprovaram suas instalações, considerando-as ruim ou péssima (Tabela 5.12).

A distribuição da avaliação das instalações físicas dos sanitários destinados aos usuários foi mais equilibrada, sendo que a maioria (33,5%) não soube ou não quis avaliar. Um pouco mais de um quarto da amostra considerou as instalações boas (26,2%), enquanto que 26,1% avaliaram as condições dos banheiros como ruim/péssimo (Tabela 5.12).

Em consonância com a conceituação de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi desenvolvido por este órgão o conceito de ambiente de trabalho saudável. Segundo a OMS (2010, p.6)

> Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho tendo em conta a segurança e saúde do ambiente físico de trabalho; do ambiente psico-social do trabalho; recurso para a saúde pessoal dos trabalhadores e envolvimento da comunidade.

Em um estudo de Coimbra et al. (2010) realisado em uma cidade do interior de Santa Catarina (SC), onde se avaliou a estrutura de uma unidade de saúde da família (USF), constatou-

se que a unidade não atendia aos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. Dentre os requesitos mínimos preconizados pelo Ministério para a instalação de uma equipe de saúde, segundo a Portaria 648 de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006f) destaca-se:

I) existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

II - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

III - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

As unidades pesquisadas atendem parcialmente aos requisitos de estrutura preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como a maioria das unidades públicas de saúde. Existem consultórios em número insuficiente para realização de consultas médicas, de enfermagem e acolhimento dos usuários (Coelho et al., 2010). Geralmente não existem locais para arquivamento de documentos, fichários, prontuários, dentre outros. Porém, um dos maiores problemas das unidades se refere à falta de uma manutenção predial e de equipamentos, realisada com regularidade. No estudo de Facchini et al. (2006), onde foram analisadas unidades de saúde de municípios da região Sul e Nordeste, foi verificado que a estrutura física destas unidades é precária e marcada pela improvisação. Segundo o mesmo autor, a disponibilidade de uma sala para reuniões nas unidades do PSF, significa a possibilidade de mudança efetiva no modelo de saúde, passando de médico-centrado, para o alicerçado em atividades de promoção da saúde e enfoque multiprofissional. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Jesus et al. (2008).

Tem-se um longo caminho para atender a parcela da população descontente com a estrutura física das unidades, transformando-as em locais agradáveis, ergonômicos e em condições de receber a população. A grande parcela da população que aprovam as estruturas

físicas das unidades pode estar revelando um sentimento de acomodação dos usuários com a situação encontrada, confundindo sua avaliação, com a satisfação pela assistência prestada, isto é, com a resolutividade dos casos (Ferri et al., 2007). Seria de grande valia um estudo qualitativo, que identificasse as sutilezas que não apareceram nessa pesquisa.

O horário de funcionamento das unidades consiste em um dos pontos fundamentais para garantir aos usuários um atendimento humanizado e acesso universal aos serviços de saúde. Neste estudo, mais de 80% dos usuários consideraram os horários de funcionamento das unidades como ótimo/bom (tabela 5.16). O horário de funcionamento das unidades pesquisadas é distinto, dependendo de sua complexidade, localização, estrutura, composição da equipe, segurança, dentre outros. Os horários variam entre as unidades, funcionando de segunda a sexta feira, no CS Carvalho de Moura, CS Esmeraldina e CS Vila Rica. A primeira unidade funciona das 7 às 18 horas. O CS Esmeraldina das 7 às 21 horas. O CS Vila Rica tem horário das 7 às 19 horas. A unidade do São José funciona de segunda a sexta, das 7 às 19 horas e sábado das 7 às 13 horas (Portal da Secretaria de Saúde). Pode-se observar que o horário de algumas unidades não permite que a classe trabalhadora tenha acesso aos seus serviços, com regularidade ou este horário é extremamente restrito. A ampliação do horário de funcionamento das unidades foi deliberada pelos delegados presentes na Sétima Conferência Municipal de Saúde (Campinas, 2006). Segundo o Relatório aprovado, as unidades de saúde deveriam expandir gradualmente o horário de funcionamento para o período noturno e aos sábados, considerando as peculiaridades de cada território, a fim de otimizar as instalações e equipamentos, porém garantindo a segurança e alocando o pessoal necessário para o funcionamento adequado das unidades.

O anseio de parte da população de Campinas, representada pelos delegados, legitimamente eleitos, não representam o todo da população, que está satisfeita com os horários oferecidos. Os delegados que participam de conferências são pessoas mais politizadas, esclarecidas e atuantes, que exercem seu papel de cidadão, reivindicando seus direitos e ajudando a construí-los. Porém, cabe ao cotrole social o papel de mobilizar a comunidade, multiplicando os conhecimentos a cerca dos direitos e deveres dos cidadãos, a fim que as deliberações das conferências sejam implementadas de fato.

Outro potente dispositivo humanizador dos processos de trabalho nas unidades de saúde são as visitas domiciliares (VD). As VDs, além de humanizar as relações entre usuários e

trabalhadores, fortalecem os vínculos e qualifica a assistência a saúde prestada, tendo como norte a integralidade da atenção à saúde.

No presente estudo, a frequência das visitas domiciliares foi avaliada pelos usuários. No geral, a maioria considerou a frequência das VDs como ótima/boa (58,9%). Apenas 3% dos entrevistados considerou ruim/péssima a frequência das visitas. Valores semelhantes foram encontrados por unidade de saúde avaliada (Tabela 5.21). No estudo de Ribeiro et al. (2010) que avaliou a atenção a criança de 0 a 5 anos de idade, de Teresópolis (RJ), foi verificado que 33,5% das crianças não receberam nenhuma visita domiciliar. No mesmo estudo, o autor considera que os domicílios que não receberam nenhuma visita no ano são compostos por usuários menos aderidos ou com menor vínculo com o serviço. Estes usuários tem menor acesso aos medicamentos e as consultas programadas pela unidade. Portanto as VDs funcionam como facilitador do acesso e fortalecimento do vinculo dos usuários com os serviços de saúde (Ribeiro, 2010 et al.; Borges; D'Oliveira, 2011).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, no intuito de regulamentar a assistência domiciliar, tanto pública, quanto privada. Nesta resolução é definido o conceito de assistência domiciliar como o "conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio" (ANVISA, 2006). A assistência domiciliar é realizada em conjunto com os serviços de saúde e os cuidadores, formais ou informais. Na mesma resolução são definidos estes conceitos. Cuidador é a "pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana". O paciente deve ser cuidado por uma equipe multiprofissional que são "profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio".

As VDs tiveram seu inicio no Brasil a partir do inicio do século XX, através da Diretoria Geral de Saúde Pública no ano de 1903, no combate à febre amarela pelos inspetores sanitários, onde se observava as condições de higiene locais. Porém, a inclusão das visitas nas ações de saúde pública se deu através das visitadoras do Programa de Profilaxia da Tuberculose, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (Abrahão, 2011). Atualmente, a importância das visitas domiciliares é ratificada com a implantação da Estratégia de Saúde da família (ESF). Segundo Abrahão (2011), a atenção domiciliar introduz o profissional no seio

familiar, identificando suas demandas e potencialidades, resgatando suas práticas tradicionais. Para o mesmo autor as VDs são responsáveis pela manutenção e monitoramento das condições de saúde dos usuários, atuando em situações específicas, temporárias ou crônicas, buscando a promoção da qualidade de vida. Também atuam no acompanhamento de gestantes, crianças menores de um ano ou com vulnerabilidades especificas, no pós-cirúrgico, no controle de medicamentos de uso contínuo, nos transtornos mentais e no controle das doenças transmissíveis, como a tuberculose (Abrahão, 2011).

Uma das principais preocupações em relação às VDs é a necessidade de construir critérios de riscos para estabelecer prioridades no atendimento domiciliar, atendendo o principio da equidade. Coelho e Savassi (2004) criou uma escala para priorização das visitas a partir do preenchimento da ficha A do SIAB. A ficha A é preenchida na primeira visita dos ACS no domicilio, recolhendo informações demográficas, socioeconômica e das enfermidades presente na família (nosológicos). A partir destas informações são atribuídos escores, resultando numa classificação, que define o roteiro das visitas e os aprazamentos dos retornos.

As visitas domiciliares propiciam um ambiente natural para a construção de uma relação baseada no diálogo, indo além das competências técnicas dos profissionais (Albuquerque; Bosi, 2009; Borges; D'Oliveira, 2011). A partir das VDs tem-se a possibilidade da construção diálogo aberto, atuando de forma comunicativa, em vez de ações estratégicas com a finalidade de manipular o usuário (Borges; D'Oliveira, 2011). Para os autores, cada caso ou situação específica, deve ser entendido mais do que a condição clínica do paciente. O caso toma outra dimensão, a partir da compreensão do que o adoecimento tem características singulares em uma biografia e histórias conhecidas. Para o mesmo autor, as VDs propicia maior interação entre os usuários, profissionais de saúde e família, possibilitando a construção de projetos que vão além do êxito técnico e sucesso prático. Portanto, as VDs podem servir como dispositivo questionador do modelo de saúde exercido pelos profissionais, onde o poder absoluto do médico deve ser contestado. Na ESF não há espaços para absolutismos, as relações são horizontais, o saber é multiprofissional e interdisciplinar e o usuário é o objetivo central dos serviços de saúde.

A avaliação positiva das visitas domiciliares neste estudo é um bom indicativo da qualidade da atenção prestada pelos serviços avaliados. Porém uma parte da população não está satisfeita com os serviços prestados e uma grande parte não conseguiu avaliar este quesito. Seria interessante que se fizesse um estudo qualitativo, que abordassem a fundo estas questões e que

esclarecessem as razões dos usuários. Uma das possibilidades é que parte desta população não tenha sido contemplada pelas visitas, além de relacioná-la, somente com a visita médica. As visitas ocorrem de acordo com os critérios de riscos estabelecidos, podendo ser realizadas por todos os profissionais da unidade. Cabe ao ACS realizar rotineiramente visitas nos domicílios a todos os usuários de sua microárea.

No presente estudo, foi perguntado quais os profissionais da unidade de saúde já realizaram vivitas domiciliares (VD). Pode-se verificar, segundo os usuários das unidades pesquisadas, que os pediatras, ginecologistas e técnico em saúde bucal (TSB), nunca realizaram visitas nestes domicílios. Há de se contextualizar que os TSB somente estavam disponíveis nas unidades para menos da metade dos usuários. Destacam-se os dados obtidos quanto aos médicos generalistas, onde menos de 12% dos usuários afirmaram terem recebidos vivitas destes profissionais. Como já esperado, os ACS foram os profissionais que mais realizaram VD, para mais de 93% dos usuários, devido às características de seu trabalho ser essencialmente no território. O segundo profissional mais apontado foram os auxiliares de enfermagem, seguido pelos enfermeiros. Apenas um usuário apontou alguma visita realizada pelos cirurgiões dentistas e auxiliar de saúde bucal (ASB) (Quadro 5.4).

Pode-se concluir que os profissionais relutam em se desvencilhar do modelo tradicional de saúde, baseado na assistência curativa e nas consultas individuais, dentro dos consultórios. É de se estranhar que médicos de família e comunidade ou médicos generalistas, como são chamados na cidade de Campinas, não tenha realizado nenhuma visita domiciliar para quase 90% dos usuários entrevistados. O grande diferencial do trabalho dos médicos de família se deve ao conhecimento profundo do território e às visitas as famílias, conforme o grau de vulnerabilidade. Para a equipe de saúde bucal o quadro é ainda mais grave, é raro o cirurgião dentista que visita, regularmente os usuários mias vulneráveis ou possuem um roteiro de visitas elaborado, a partir dos riscos e vulnerabilidades discutidos em reunião de equipe.

Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar a baixa adesão dos profissionais às VDs, como o excesso de demanda nas unidades, dificultando a saída dos profissionais; dimensionamento inadequado dos recursos humanos frente à demanda, complexidade e tamanho da população de responsabilidade das unidades; perfil inadequado dos profissionais; alta rotatividade dos médicos, dificultando a criação de vínculos; falta de estrutura de suporte para as

visitas, como viaturas para o deslocamento dos profissionais; temor quanto à violência em algumas áreas; dentre outras possibilidades.

Com a mudança do modelo tradicional para o modelo baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram incorporadas algumas diretrizes ou mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde. Dentre as diretrizes destacam-se o trabalho em equipe de referência, que é responsável por uma área delimitada geograficamente, a fim de fortalecer o vínculo existente entre profissionais de saúde e comunidade e organizar a demanda. Outra diretriz fundamental da ESF se baseia no trabalho das equipes no território em que são responsáveis. Portanto, todo o trabalho referente à ESF está fundamentado no estreitamento das relações e no fortalecimento dos vínculos. Quando o vínculo é solidificado, os profissionais da equipe tem pleno conhecimento das condições de vida e de saúde de seus usuários, bem como de suas histórias, queixas, frustrações e desejos. Quando este ponto é atingido, os profissionais conhecem os nomes de todos os membros da família e até mesmo, o número de cadastro na unidade. Espera-se que os usuários tenham a mesma percepção da situação, conhecendo cada profissional que o atende.

Neste estudo ao ser perguntado aos usuários se eles sabiam o nome dos profissionais que os atendem nas unidades, as respostas foram muito diversas. Os profissionais mais conhecidos foram os agentes comunitários de saúde (ACS), por 65,4% dos usuários; seguido dos médicos generalistas, com 64,7%. Um pouco abaixo, seguem os auxiliares de enfermagem (57,6%) e os enfermeiros (45,6%). Os cirurgiões dentistas eram conhecidos por cerca de um terço dos usuários (29,1%). Enquanto que os técnicos em saúde bucal e os auxiliares de saúde bucal foram pouco citados. Vale ressaltar que os pediatras e os ginecologistas não foram citados por nenhum dos usuários entrevistados (Quadro 5.5).

O estudo de Falk et al. (2010) encontrou valores muito semelhantes, sendo que os ACS eram conhecidos por 69,7% dos usuários. No estudo de Ribeiro et al. (2010) realizado em Teresópolis (RJ), cerca de 83% dos usuários conheciam o nome do médico que o atendeu na última consulta.

Dentre as ações preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) está a implementação de estratégias de informação sobre o funcionamento do serviço de saúde, bem como, sobre os direitos dos usuários. Dentre estas ações está o uso de crachás para identificação dos funcionários, o que facilita a comunicação entre ele e os usuários dos serviços, bem como facilitar o relato de possíveis queixas sobre os atendimentos prestados (BRASIL, 2006g).

Fica evidenciado por estes dados, a falta de sintonia, de vínculo, entre uma parte dos trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde. O desconhecimento do nome dos ACS e dos médicos generalistas para 35% dos usuários deveria acender a “luz de alerta” para esta equipe e gerar discussões a cerca do modelo de saúde que está sendo oferecido. Pouco menos de um terço dos usuários sabiam o nome dos cirurgiões dentistas, evidenciando o frágil elo estabelecido entre eles. O fato de que nenhum usuário entrevistado sabia o nome dos pediatras e ginecologistas chama muito a atenção, pois profissões que requerem uma confiança absoluta entre as partes envolvidas, isto é, usuários e profissionais.

Fica como sugestão, a realização de outros estudos, utilizando a metodologia qualitativa, que explorasse a fundo, o relacionamento entre serviço e comunidade.

6.5 O controle social

O parágrafo segundo da Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 define Conselho de Saúde como “órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 2006e, p. 65). Os conselhos de saúde tem representação a nível federal, estadual, municipal e local, de cada distrito ou serviços de saúde.

Menezes (2010) em sua dissertação definiu muito bem o papel do controle social. Segundo a autora (p. 29)

> A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, através da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço.

Neste estudo foram feitas questões a cerca dos conselhos locais de saúde de cada unidade pesquisada. Pode-se verificar que quase 90% dos usuários não conheciam nada a respeito do conselho de saúde de sua unidade ou não souberam responder a este quesito (Tabela 5.24). Este

dado é altamente impactante e indica, claramente, a desarticulação do controle social para com sua comunidade. Este último indicador reflete na avaliação da atuação do conselho, onde mais de 80% dos usuários não souberam responder a pergunta. Dos usuários que responderam, a distribuição ficou equilibrada entre os que consideraram ótimo ou bom, em comparação com os que consideraram ruim ou péssimo (Tabela 5.24).

No estudo de Martins et al. (2011), realizado no município de Teixeiras (MG), foi encontrado que somente 5,9% dos entrevistados tinham conhecimento do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Este dado é ainda inferior ao encontrado no presente estudo, onde os que declararam conhecer o conselho de saúde corresponderam a 12,8% dos entrevistados (Tabela 5.24). Porém, quando esclarecido sobre o papel do CMS e perguntado se gostariam de participar das reuniões, a maioria dos usuários entrevistados da cidade de Teixeiras (MG), acenou positivamente a esta possibilidade (Martins et al., 2011). Este fato denota a falta de sintonia dos conselheiros de saúde com sua comunidade e a inobservância de seu papel enquanto membro do controle social. Ainda evidencia o grande potencial a ser explorado pelos conselheiros, junto à comunidade.

É importante frisar que, mesmo com a obrigatoriedade legal de se criar conselhos gestores nas cidades ou nos serviços de saúde, estes se tornaram um inegável avanço na condução das políticas públicas. Grisotti et al. (2010) em seu estudo e baseado nas evidências da literatura, afirmou que apesar dos conselhos serem fruto de uma indução legal e administrativa, originada na esfera federal, esta obrigatoriedade se configura numa ambiguidade. Corroborando com este autor, Lüchmann (2002) afirmou que se por um lado, esta obrigatoriedade foi responsável por uma série de experiências de controle social no Brasil, que se instituíram sem um respaldo ou mobilização da sociedade, tornando-se um espaço meramente formal. De outro lado, fez-se surgir um contraponto ao projeto governista, agregando parte da comunidade neste processo e permitiu explicitar as diferenças e os conflitos sociais entre estes dois setores. Porém, o que se percebe é uma prática burocratizada dos conselhos, sem que nenhuma proposição de política de saúde seja efetuada (Landerdhal et al., 2010).

Os gestores, os trabalhadores de saúde e o seguimento dos usuários são os responsáveis pela instituição e efetivação dos conselhos de saúde. Ao analisar a Tabela 5.25, pode-se verificar que 75% dos usuários não receberam nenhuma orientação a respeito dos conselhos de saúde ou não souberam responder a este quesito. Este fato demonstra, claramente, que os três seguimentos

responsáveis pelo controle social, não estão cumprindo seu papel de multiplicador junto à comunidade. Os conselhos estão se constituindo a margem da sociedade, descumprindo sua função primordial de representação da comunidade.

Quase 60% dos usuários não conseguiram avaliar a qualidade da orientação recebida sobre os direitos dos usuários e funcionamento do SUS. A parcela dos usuários que responderam a este quesito, a maioria considerou a orientação como boa ou ótima (Tabela 5.25). Este dado é bastante contraditório em relação ao item anterior, quando 75% dos usuários declararam não receber nenhuma orientação sobre o conselho de saúde. Sendo o controle social uma das premissas do SUS e o mecanismo mais potente que os usuários tem para cobrar seus direitos, é de se estranhar o absoluto desconhecimento da população em relação aos conselhos, mesmo tendo recebido uma orientação adequada, por parte dos trabalhadores. Seria importante uma pesquisa qualitativa, que aprofundasse esta discussão, desvendando esta contradição. Algumas hipóteses podem surgir como o desinteresse da população com a política e seus governantes; priorização de problemas mais urgentes para os usuários; descontentamento com o funcionamento burocrático dos conselhos, dentre outras possibilidades.

Os conselhos gestores ou conselhos de saúde se constituem num elemento fundamental na reconfiguração política do sistema de saúde no Brasil. Porém, temos que superar o esvaziamento e a falta de participação da sociedade, enquanto cidadãos ativos politicamente e cônscios de suas obrigações e direitos. Além do interesse de alguns gestores em implementar conselhos de saúde puramente formais e incapazes de construir, conjuntamente, um modelo de saúde de qualidade e, efetivamente, participativo e potente.

6.6 O acolhimento

Este tópico merece atenção especial por se tratar de um tema polêmico e gerador de conflitos na unidade. O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Deve ser praticado em todo horário em que a unidade estiver funcionando e por todos os profissionais da unidade, do guarda ou zelador ao gestor do serviço. Deve ser entendido como

uma postura ética, implicando numa escuta qualificada das queixas, no protagonismo dos usuários e na resolução de seus problemas (Brasil, 2011; Solla, 2005).

Solla (2005, p. 496) através da revisão dos conceitos mais prevalentes sobre acolhimento e das principais experiências desenvolvidas, identificou três grandes eixos que influenciam na incorporação desta prática no SUS

> a) Postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe);
> b) Ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas;
> c) Diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde capacidade para dar respostas às demandas apresentadas pelos usuários disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas.

A implantação do acolhimento enquanto diretriz exige uma reorganização total dos serviços, visando dar resolutividade aos problemas e garantir a universalidade, a integralidade e a equidade. Dentre os processos de reorganização, destaca-se a mudança na postura da recepção, identificando as demandas e fornecendo as respostas adequadas a cada caso; melhoria das estruturas físicas das unidades; reorganização das ofertas programáticas. Além destes processos, é fundamental que a própria unidade execute pequenos procedimentos cirúrgicos, curativos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos básicos, evitando o deslocamento dos usuários para outros serviços. Outros pontos importantes no acolhimento dos usuários se referem ao atendimento das urgências e articulação com o SAMU e/ou central de regulação; agendamento de consultas e exames especializados; implantação de conselhos locais de saúde (Solla, 2005).

No presente estudo, quando perguntado se os usuários eram recebidos, isto é, acolhidos em qualquer horário da unidade, 62,2% responderam positivamente este quesito. Apesar deste indicador ser favorável, cerca de 30% não conseguiram ser atendidos no momento em que chegou na unidade (Tabela 5.17). A avaliação do acolhimento recebido foi amplamente favorável neste estudo, visto mais de 40% dos usuários entrevistados o consideraram bom, 28,5% o consideraram regular e apenas, 6,1% avaliaram como péssimo o acolhimento recebido (Tabela 5.18).

Muitos trabalhadores e muitas unidades confundem o acolhimento enquanto postura profissional, com atendimento da demanda espontânea, principalmente as relacionadas aos atendimentos médicos (Brasil, 2011). É importante ressaltar que, além dos profissionais, os

usuários também são definidores das necessidades de saúde, sendo fundamental que esta seja reconhecida e legitimada. Quando estas necessidades não se coincidem, é necessário um esforço mútuo, sem o qual são produzidos ruídos, queixas e reclamações. Quando a unidade que acompanha os usuários em suas ações programáticas, deixa de acolher este usuário nas demandas agudas, perde-se em legitimidade perante a comunidade (Brasil, 2011).

No entanto, quando os usuários buscam acolhimento nas unidades de saúde, estão buscando primeiramente, a atenção para seus problemas, uma escuta qualificada do mesmo, ser ouvido (Falk et al., 2010). Esta postura, geralmente, diminui o estresse inicial da abordagem dos trabalhadores, permitindo o encaminhamento mais favorável para o usuário (Coelho; Jorge, 2009). Depois de serem acolhidos, os usuários buscam a resolutividade das queixas que motivou sua ida a unidade de saúde. O acesso às consultas médicas e aos medicamentos fica num plano posterior à demanda inicial (Falk et al., 2010).

Conclui-se que o acolhimento, enquanto diretriz operacional do trabalho na saúde é um processo ainda em construção (Souza et al., 2008), que carece de discussão e entendimento pelas equipes de saúde. Porém é inegável a importância do uso deste dispositivo, na ampliação do acesso, para a legitimação das equipes perante a comunidade, no fortalecimento dos vínculos e na resolução das demandas da comunidade. Para tanto, é fundamental que as unidades de saúde estejam instrumentalizadas para receber os usuários, nos momentos em que mais necessitam.

6.7 Saúde bucal

A grande demanda de usuários para os serviços de saúde bucal, em contrapartida da escassez de ofertas a este serviço, resulta em uma equação cuja solução está muito distante de ser resolvida. Mais de 68% dos usuários entrevistados declararam que utilizaram as unidades de saúde, com demandas relacionadas à saúde bucal (Tabela 5.7). No levantamento epidemiológico realizado em 2003, denominado SB Brasil, foi encontrado que 37% dos adultos e 17% dos idosos utilizaram os serviços odontológicos no ultimo ano (Brasil, 2005). No estudo de Machado et al. (2012) realizado na cidade de Porto Alegre (RS), a prevalência do uso regular de serviços odontológicos foi de 25,7%. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Camargo et al. (2009) que encontrou em seu estudo a prevalência de 32,8%. Alguns determinantes individuais

influenciam no acesso dos usuários. Estudos tem demonstrado que pessoas com nível de escolaridade ou renda mais elevado, consultam o dentista com maior regularidade. Pessoas do sexo feminino tende a se consultar com maior frequência, devido a fatores socioculturais, maior preocupação com a sua saúde e aparência e menor nível de ocupação que os homens, propiciando maior tempo para cuidar de sua saúde (Machado et al., 2012; Pinto et al., 2012). Além disso, pessoas com mais idade, tendem a consultar menos o dentista (Baldani et al., 2010).

Num inquérito telefônico, sobre o uso e as desigualdades no acesso aos serviços odontológicos no Brasil, realizado por Peres (2012a), verificou-se que 84,8% dos usuários conseguiram acesso aos serviços de saúde bucal de qualquer tipo (público, privado, convênio, outro). Sendo que 13,2% eram referentes ao serviço público, 22,4% referente aos convênios e 61,1% à rede privada.

Diversos estudos na literatura condicionam a utilização dos serviços de saúde a alguns condicionantes. No estudo da PNAD (2003) apud Pinto et al. (2012) os níveis de acesso estavam condicionados a unidade federativa e a localização do domicílio, se rural ou urbano. Outros condicionantes, neste estudo, estavam condicionados as variáveis de contexto, como maior número de dentistas e maior oferta de ações de saúde bucal (Pinto et al., 2012). No estudo de Pinto et al. (2012) as diferenças no acesso estavam condicionadas às variáveis regionais, de localização dos serviços. O acesso também pode estar condicionado aos níveis de investimentos na saúde, a resolutividade e organização dos serviços e ao maior número de serviços, facilitando o acesso da população.

De acordo com as características da utilização dos serviços odontológicos, observados na tabela 8, mostrou que a maioria dos usuários acessou o serviço através da urgência e apenas uma pequena parcela da amostra, pertenciam ao grupo controle programado da unidade, isto é, estavam retornando para acompanhamento de seu tratamento. A mesma conclusão foi observada no estudo de Pinto et al. (2012), onde a maioria ingressou no serviço por problemas bucais, seguido por aqueles que ingressaram para exames de rotina. Os usuários que são atendidos em consultas emergenciais, geralmente retornam ao serviço para tratamentos pontuais e quase sempre mutiladores.

Estes achados demonstram o valor que os usuários conferem a saúde bucal, aliado à dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Outro fator se deve ao modelo de saúde bucal utilizado por décadas, onde a exclusão, a iatrogenia e a mutilação foram às características deste

modelo (Brasil, 2006b), vinculando sua imagem a uma odontologia voltada para a população menos favorecida. O resultado desta prática gerou uma cultura em que a perda dentária se tornou o processo natural da vida, influenciando na busca pelos serviços.

O atendimento odontológico foi avaliado neste estudo segundo algumas linhas de cuidado (Tabela 5.9). A maioria dos usuários avaliou positivamente o atendimento odontológico da unidade, pois quase 50% dos usuários o avaliaram como bom. Em relação ao atendimento odontológico ofertado a grupos específicos, os usuários tiveram maior dificuldade em avaliar. A maioria dos demais usuários considerou bom o atendimento ofertado para os hipertensos ou diabéticos, gestantes e crianças. Estes índices de aprovação são ratificados por outros estudos da literatura. No estudo de Peres et al. (2012b), que comparou os dados da PNAD (2003) com a PNAD (2008), verificou que atendimento odontológico pelo SUS vem aumentando, tanto na população mais pobre, quanto na mais rica. Segundo o autor, este aumento pode sugerir uma melhora na qualidade do atendimento, aumento da oferta, acesso a tratamentos especializados, o pode explicar os altos índices de aprovação dos serviços odontológicos ofertados pelo SUS. Estes mesmos valores foram encontrados nas duas pesquisas da PNAD, onde cerca de 62% dos entrevistados considerou bom o atendimento odontológico. Pode-se concluir que a saúde bucal, que sempre passou ao largo dos programas de saúde, teve na última década um incremento substancial de recursos, impactando no acesso e na qualidade dos serviços. Este aumento de forma continuada e progressivo tem sido a tônica da Política Nacional de Saúde Bucal (Kornis et al., 2011), influenciando na satisfação dos usuários.

Quase 37% dos entrevistados neste estudo foram encaminhados para alguma especialidade odontológica existente na cidade (Tabela 5.10). O principal motivo dos encaminhamentos foi por razões endodônticas (46,7%), devido problemas relacionados à cárie dentária. As demais especialidades, como prótese, diagnóstico bucal, cirurgia, periodontia, dentre outros, tem distribuição semelhante, porém bem menor que a endodontia (Tabela 5.11). Em estudo de Souza e Chaves (2010), 35,1% dos usuários encaminhados para o Centro de Especialidade de um município do estado da Bahia foram para endodontia. Seguidos pela especialidade de prótese, cirurgia oral menor e periodontia, porém em valores inferior aos da endodontia.

Este fato denota a grande vulnerabilidade de parte da população e necessidades acumuladas por anos de total exclusão dos serviços públicos de saúde. A população de adultos e

idosos tem alta prevalência de dentes perdidos e grande necessidade de ofertas de próteses e outras especialidades (Souza; Chaves, 2010). A oferta de especialidade pode ser entendida como um avanço dos sistemas de saúde em direção à integralidade da atenção. Na atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que instituiu o Programa Brasil Sorridente, que dentre outras ações, visa o acesso da população à assistência especializada, através dos Centros de especialidades Odontológicas (CEO) (Pucca Jr et al., 2009). Segundo Antunes e Narvai (2010, p. 363)

> a Estratégia de Saúde da Família possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, e os Centros de Especialidades Odontológicas (no âmbito do programa Brasil Sorridente) ampliaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica.

Apesar do notável avanço na implantação de atendimentos odontológicos públicos no Brasil, tem-se, ainda um longo caminho na busca de eliminar as iniquidades em saúde. Enquanto não se implanta um serviço odontológico em sua plenitude, foram elencadas algumas prioridades para a aplicação dos recursos públicos, dentre eles, o acesso à atenção especializada, tratamento de crianças e gestantes, a fluoretação das águas de abastecimento, o fortalecimento da atenção básica e o atendimento das urgências odontológicas (Antunes; Narvai, 2010).

Um dos pilares da Estratégia de Saúde da Família consiste na formação de equipes multiprofissionais, a partir do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). Entre as suas atribuições consiste em (Brasil, 2006f):

a) estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

b) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

Neste estudo, pouco mais de 18% dos usuários confirmaram que foram abordados pelos ACS a respeito de temas relacionados à saúde bucal. Porém, quase 70% dos usuários nunca foram abordados pelos ACS sobre saúde bucal (Tabela 5.26). Estes dados se refletem na avaliação desta abordagem dos ACS. Segundo verifica-se na tabela 5.26, cerca de 65% dos usuários entrevistados não souberam responder a este questionamento; dos que responderam, quase a totalidade dos usuários consideraram a abordagem realizada pelos ACS como ótima ou

boa. A satisfação com as orientações passadas pelos ACS também está presente no estudo de Andrade e Ferreira (2006).

O trabalho dos ACS é fundamental para as orientações iniciais e ordenamento da demanda, conforme verificado no trabalho de Bueno et al. (2011). Neste estudo realisado na cidade de Cambé (PR), os ACS realisam o levantamento das condições de saúde e de vida da população, durante as visitas domiciliares. Estes dados são avaliados pela ESB e priorizados os usuários, de acordo com os critérios de risco biológico e sociais levantados. O estudo de Ribeiro et al. (2012) vai além do trabalho dos ACS. O autor realça a importância de equipe de saúde (ACS, enfermeiros, médicos e ESB), das visitas domiciliares e das reuniões para priorizar as ações junto à população.

Pode-se concluir pela análise destes dados que a abordagem sobre saúde bucal, pelos ACS, está sendo pouco realizada, comprometendo a integralidade da atenção dos usuários. No estudo de Andrade e Ferreira (2006) alguns usuários relataram que nunca receberam visitas de ACS, colocando em dúvida a eficácia do trabalho destes profissionais. Levando-se em consideração a alta prevalência de doenças que acometem a cavidade bucal nesta população, como cárie, periodontopatias e de doenças alto risco como os cânceres bucais, as orientações sobre autocuidado e acesso aos serviços de saúde são itens obrigatórios em toda abordagem dos ACS nos domicílios. Como a abordagem foi bem avaliada pelos usuários, falta para as equipes de saúde ampliar de forma sistemática as orientações aos usuários.

Para garantir a abordagem integral dos ACS, é de responsabilidade da equipe de saúde bucal (ESB), garantir a capacitação destes agentes de saúde, de forma constante, para que sintam a confiança necessária para realizar estas abordagens. Zanetti (2000) descreveu como se deve ocorrer estas capacitações. Segundo o autor, deve se realizar oficinas de 8 horas, para treinamento dos ACS, seguido de visitas domiciliares em conjunto (CD + ACS), até que os ACS se sintam preparados para realizá-las sozinhos. As visitas devem ser apresentadas e discutidas coletivamente, nas reuniões de equipe. O autor ainda afirma que os ACS devem levar, junto a seu Kit individual de trabalho, escovas dentárias, evidenciador de placa, folders educativos, dentre outros.

Conforme visto anteriormente, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental para ampliar o acesso e garantir a qualidade da assistência prestada. Pensando nestes termos foi perguntado, neste estudo, quais outros profissionais, além dos ACS e da ESB, abordavam a

temática da saúde bucal em suas intervenções. Pode-se verificar pela Tabela 5.27 que poucos usuários conseguiram responder a esta indagação. Menos de 10% dos usuários afirmaram terem recebido orientação dos médicos, seguido pelos auxiliares de enfermagem e por último, os enfermeiros. Quanto a qualidade desta orientação, a maioria não soube responder. Porém, as avaliações de todos os profissionais foram consideradas boas, pelos usuários que responderam a pergunta (Tabela 5.28). Pode-se concluir que ainda tem um longo caminho rumo à integralidade da assistência. Apesar da mudança do modelo de saúde, com a implantação da ESF, onde se privilegia as relações horizontais e multiprofissionais. Podemos afirmar que a saúde bucal continua isolada entre as quatro paredes do consultório, com esporádicas saídas para a comunidade e frágil inserção para dentro das equipes.

A saúde bucal precisa virar pauta nas discussões das equipes e as ESB precisam reorganizar o processo de trabalho, para conseguir atender esta demanda.

Cabe aos gestores locais, além dos profissionais da ESB, a inclusão da saúde bucal na pauta das discussões das equipes de saúde, garantindo a participação da ESB nas reuniões das equipes de referências, fazendo valer os princípios da integralidade da atenção à saúde, da equidade e da universalidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a saúde um direito universal conquistado por todos os cidadãos brasileiros desde a Constituição de 1988, é dever do Estado à implementação de políticas que garantam a inserção dos cidadãos a um sistema de saúde equitativo e de qualidade. E para garantir a qualidade dos serviços de saúde, é fundamental que se crie uma cultura avaliativa e que envolva, tanto os gestores, como trabalhadores e usuários neste processo.

A avaliação da satisfação dos usuários com os serviços prestados por nossas unidades de saúde e a avaliação da estrutura disponível para atendê-los, deveria ser pauta de discussão de toda equipe de saúde e estar presente nos planejamentos anuais das unidades e nas prestações de conta para sociedade.

Porém, criar uma cultura avaliativa, principalmente quando tratar-se de temas relacionados às questões sociais ou de saúde, exige certos cuidados na interpretação dos dados obtidos, além da utilização de instrumentos e de metodologias de avaliação que tenham a sensibilidade de captar as subjetividades existentes na relação entre usuários, trabalhadores da saúde e serviços de saúde.

Neste estudo, a partir da metodologia utilizada, obteve-se um panorama da satisfação dos usuários com as unidades básicas de saúde. Pode-se concluir que a grande maioria dos frequentadores dos serviços de saúde é composta por mulheres, com média de idade de 48 anos. Fica para a gestão e para os profissionais das equipes de saúde, o desafio de incluir a população masculina nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

De um modo geral, pode-se dizer que os usuários das unidades deste estudo estão satisfeitos com os serviços de saúde prestados, como também, com a estrutura física das unidades. Porém uma grande parte dos entrevistados se mostrou não muito interessado em responder às questões do estudo ou, provavelmente, somente parte das questões lhe diziam respeito, por isso, a dificuldade em responder as demais perguntas.

Dentre os principais motivos dos usuários buscarem as unidades de saúde, ainda se concentra no binômio medicamento – consultas médicas, mostrando que apesar da mudança de modelo, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, ainda persiste um forte ranço da

medicina tradicional, no imaginário coletivo, tanto da população, como dos profissionais de saúde, interferindo diretamente nas práticas das equipes de saúde.

Por outro lado, o estudo evidenciou a utilização de um vasto cardápio de ofertas de ações em saúde, tanto assistenciais, como de promoção da saúde, evidenciando a busca pela integralidade da atenção a saúde. Este cenário é ratificado pelos encaminhamentos para serviços especializados, por grande parte dos usuários, revelando a existência de uma rede integrada de serviços. No entanto, o estudo mostrou uma baixa resolutividade dos serviços de atenção básica, pelo grande porcentagem dos usuários que são encaminhados para outros níveis mais especializados de atenção à saúde.

Dentre as ofertas de saúde existente em Campinas destacam-se, pelo seu pioneirismo, as práticas integrativas e complementares de saúde, que estão incorporadas em todas as unidades de saúde de Campinas. Porém, verificou-se que apenas uma pequena parcela da população está usufruindo dos benefícios destas práticas, embora aqueles que a praticam, avalie muito bem este serviço.

A população estudada revelou-se altamente SUS – dependente, característica de um estrato populacional com baixo poder aquisitivo. Por consequência, constatou-se um alto índice de utilização dos serviços. Esta população em sua maioria não conseguiu relacionar os atendimentos prestados, com atividades de educação em saúde, evidenciando as deficiências nas atividades de promoção da saúde. Contudo, vale ressaltar que a maioria dos usuários que emitiram opinião, avaliou as atividades educativas e de promoção da saúde, positivamente.

Pode-se concluir, em relação à humanização dos serviços de saúde, a existência de um verdadeiro contrassenso, quando comparado os altos números de reclamações relacionadas à saúde na Ouvidoria Geral do Município, com os altos índices de avaliações positivas encontrados nesta pesquisa. Avaliações semelhantes se deram em relação ao atendimento da recepção, estrutura física das unidades, horário de funcionamento das unidades, ao acolhimento oferecido aos usuários e aos meios de informação dirigidos aos usuários, que foram muito bem avaliados neste estudo. Pode-se dizer que as reclamações realizadas em órgãos como Ouvidorias são registros de problemas pontuais, que não representam, necessariamente, a opinião do reclamante sobre o serviço de saúde como um todo.

A realização das visitas domiciliares (VD) foi altamente valorizada pelos usuários, apesar de alguns achados importantes para a reflexão das equipes de saúde, como mais de um terço das

crianças não terem recebido nenhuma visita domiciliar, de nenhum profissional de saúde. Outro ponto de reflexão para a equipe se refere a não realização das VDs por parte de alguns profissionais da equipe e, principalmente pela baixa porcentagem de usuários que receberam as VDs dos médicos generalistas. O fator positivo ficou por conta do trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) que realizam rotineiramente as VDs, para quase a totalidade dos usuários. Os dados encontrados para as VDs, dentre outros, refletem no tipo de vínculo construído entre usuários e equipe, pois os profissionais mais conhecidos pelo seu nome foram os ACS, seguidos dos médicos generalistas e auxiliares de enfermagem. Pode-se ressaltar, negativamente, o não conhecimento dos nomes dos pediatras e ginecologistas por nenhum usuário entrevistado.

Outro dado preocupante encontrado foi a desarticulação, quase que total, do controle social com a comunidade, comprometendo a atuação deste órgão, enquanto fiscalizador e propositor das políticas públicas de saúde. Além de inibir o aparecimento de novas lideranças na comunidade, dificultando a renovação dos Conselhos de Saúde.

Em relação à saúde bucal o estudo mostrou uma restrição no acesso da população a este serviço, devido a grande demanda e a escassez de ofertas de ações relacionadas à saúde bucal. Porém, a grande porta de entrada dos usuários está se dando pela urgência, indicando uma grande demanda das unidades. O atendimento odontológico foi muito bem avaliado pelos entrevistados e grande parte deles foi encaminhada para alguma especialidade, indicando um avanço na qualificação dos atendimentos em saúde bucal. Por outro lado, o estudo mostrou uma grande desarticulação entre os profissionais de saúde bucal, com os demais profissionais das equipes de saúde. A saúde bucal é pouco explorada pelos profissionais das equipes de saúde em seus atendimentos, comprometendo a integralidade da atenção à saúde e evidenciando as falhas no trabalho das equipes multiprofissionais.

Em linhas gerais, este estudo serviu para comprovar a qualidade da assistência prestada aos usuários e o reconhecimento deste trabalho pela população. No entanto, espera-se que os problemas apontados sirvam de estímulo para que os gestores, profissionais das equipes e comunidade, reflitam sobre o processo de trabalho empregado, no intuito de alcançar um sistema de saúde, verdadeiramente universal, equânime e de qualidade.

Ambiciona-se com os resultados desta pesquisa, que as equipes introduzam em sua rotina de trabalho a preocupação com a satisfação do usuário, em relação ao serviço e à assistência

oferecida. É fundamental que se incorpore no cotidiano das equipes de saúde, mecanismos de avaliação permanente, a fim de identificar os fatores facilitadores e dificultadores para o bom relacionamento entre usuário e serviço, visando à melhoria da assistência e consequentemente a satisfação do usuário.

Espera-se que a metodologia proposta neste estudo possa servir de base para futuros estudos, favorecendo o desenvolvimento desse tipo de trabalho em outras regiões assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Seria importante a realização de outros estudos, que aprofundassem os temas trabalhados, porém, utilizando-se instrumentos que revelem as sutilezas das relações, que um questionário semi-estruturado não permite.

REFERÊNCIAS[3]

Abrahão AL. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. Rev APS. 2011 out-dez;14(4):472-80.

Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia – CE. Rev Bras Promoção Saúde. 2004;17(4):163-9.

ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 janeiro 2006. [acesso 11 out. 2012]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/rdc_anvisa.pdf

Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2009 [acesso 05 nov.2012]; 25(5):1103-12. Disponível em:URL: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf

Alvarenga LMCA. A prática médica no Programa de Saúde da Família e sua contribuição para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. Limites e possibilidades [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Faculdade de Saúde Pública 2004.

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública. 2010 fev;26(2):286-98.

Alves VS, Nunes MO. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface 2006;10:131-47.

Alves MCGP, Alves OSF, Bousquat A, Escuder MML, Segri NJ. Uso de serviços de saúde. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, organizadores. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 215 p.

[3] De acordo com estilo Vancouver

Alves MS, Fabri ACOC, Faquim LJ, Oliveira MLL, Lopes FN, Freire PV. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. Rev Enferm Cent O Min 2012 jan-abr.; 2(1):1-9.

Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005. 330 p.

Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;1(1):123-30.

Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública. 2010; 44(2):360-5.

Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde**.** Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2005;26(2):87-92.

Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010 out-dez;14(35):797-810.

Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev Bras Epidemiol. 2010;13(1):150-62.

Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. Cienc Odontol Bras.2007 jul-set.;10(3):53-60.

Barros MBA. Inquéritos Domiciliares de Saúde: potencialidades e desafios. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(1):6-19.

Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. Interface Comunic Saúde Educ. 2011 abr-jun.;15(37):461-72.

Brasil. Ministério da Saúde. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos 2001. Brasília: MS; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. - 3. ed., rev. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 19-27.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM n°777, 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde Matern. Infant. 2004c, Recife; 4(4): 449-59.

Brasil. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 76 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 17. Saúde Bucal. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília (DF): MS; 2006c [2012 Out. 08]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasilia (DF); 2006d; DOU – seção 1; 4/05/2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006e. 208 p.

Brasil. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasilia; 2006f [acesso 14 out. 2012]. Disponível em: URL: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria648_-_politica_nacional_de_atencao_basica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006g.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. 56 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília, Janeiro 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008b. 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2008c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 138 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a [acesso 23 out. 2012]. Disponível em: http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicSP.def .

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Suplementar (ANS). Informações em Saúde Suplementar 2012b [acesso 24 out. 2012]. Disponível em: URL: http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.DEF .

Bueno VLRC, Cordoni Junior L, Mesas AE. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(7):3069-82.

Campinas. 7ª Conferência Municipal de Saúde. SUS - Campinas, o desafio da construção democrática. Relatório final. Organização da rede básica. Campinas; 2006.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde 2009a [acesso 30 set. 2012]. Disponível em: URL: http://www.hmmg.sp.gov.br/detalhes4cc1.html?id=13495&page=NOT%CDCIAS

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde 2009b [acesso 30 set. 2012]. Saúde avança com apoio da tecnologia. Disponível em: URL: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/.

Campinas. Ouvidoria Municipal de Campinas. Relatório do ano de 2010 – publicado em 29 de janeiro de 2011 no Diário Oficial do Município. Campinas; 2010a.

Campinas (Portal) 2010b [acesso 16 nov. 2009]. Disponível em: URL: http://www.campinas.sp.gov.br/campinas/campinas/origens/ .

Camargo Jr KR, Campos EMS, Teixeira MTB, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 Supl 1:S58-S68.

Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad Saude Publica. 2009;25(9):1894-906.

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad. Saúde Pública [online]. 1993;9(2):190-200 [acesso 2 out. 2011]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/11.pdf .

Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Epidemiol Serv Saúde. 2009;18(4):345-55.

Capozzolo AA. No olho do furação. Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciência Médicas da UNICAMP; 2003.

Cardoso CL. Grupos terapêuticos na abordagem gestáltica: uma proposta de atuação clínica em comunidades. Estudos e Pesquisas em Psicologia 2009;9(1):122-36.

Carvalho AYC, Ximenes LB, Fontenele FC, Dodt RCM. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. Rev Rene. 2009 jan-mar;10(1):53-61.

Cavalcante PMT, Freitas MC. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um Grupo de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Pacatuba – CE. Rev Rene. Fortaleza. 2007 jan-abr;8(1):92-9.

Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(Supl. 1):1547-54.

Cesar CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad. Saúde Públ. 1996;12(Supl. 2):59-70.

Chagas AMR, Servo LMS, Salim CA. Indicadores da saúde e segurança no trabalho: Fontes de dados e aplicações. In Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores / organizadores: Ana Maria de Resende Chagas, Celso Amorim Salim, Luciana Mendes Santos Servo. Brasília: Ipea, 2011.

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) 2004;1(2):19-26.

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. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Supl. 1):1523-31.

Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. Rev Baiana de Saúde Pública**.** 2010;33(3):440-52.

Coimbra VCC, Oliveira MM, Kantorski LP, Heck RM, Jardim VMR, Ceolin T. Avaliação da estrutura – processo de acesso de usuários a uma unidade de saúde da família. R. pesq.: cuid. fundam. online. 2010 jul-set [acesso 01 out. 2012]; 2(3):1095-1107.

Confederação Nacional das Indústrias (CNI). Pesquisa CNI – IBOPE: avaliação do governo Dilma Rousseff – (agosto 2011) – Brasília: CNI, 2011.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 322-03 - Diretrizes operacionais para aplicação da EC nº 29-00, de 08 de maio de 2003. Brasília, 2003.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A saúde na opinião dos brasileiros/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2003 [acesso 23 set. 2012]. 244 p. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Lei Complementar 141/12. Regulamentação da EC 29/00. CT – Gestão e Financiamento; 2012 [acesso 22 out. 2012]. Disponível em: URL: http://www.conass.org.br/pdf/Lei%20141%2012%20-%20CT%20Gest%C3%A3o%20%20(v.%2006.03).pdf

Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):451-7.

Costa FBC, Araujo TL. Consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: a prática de enfermeiros no PSF do Ceará. Rev Rene. 2008 jan-mar; 9(1):69-76.

Costa RC, Rodrigues CRF. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. Rev APS, Juiz de Fora, 2010 out-dez;13(4):465-75.

Cunha RE. Cartão Nacional de Saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. Cienc Saúde Coletiva 2002;7(4):869-78.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 1997;3(1).

Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares AS, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal Cad Saúde Pública. 2011; 27(5):868-76.

Donabedian A (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 114 (11):1115-8.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(3):633-41.

Esperidiao M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc Saúde Coletiva 2005,10:303-12.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(3):669-81.

Fadel CB, Sandrini JC, Zardo LN. Publ. UEPG Ciência Biol. Saúde, Ponta Grossa; 13(3/4):59-66, 2007.

Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev APS; 2010 jan-mar;13(1):4-9.

Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando Métodos, técnicas e bases teóricas. Rev RENE; 2007 maio-ago;8(2):41-9.

Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11:211-8.

Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. Interface - Comunic Saúde Educ. 2007 set-dez;11(23):515-29.

Fontanella F, Speck FP, Piovesan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. Arquivos Catarinenses de Medicina 2007;36(2):69-74.

Franco ECD. A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário. Rev Enferm UFSM. 2012 jan-abr; 2(1):49-58.

Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):200-5.

Freitas LC, Rodrigues GM, Araujo FC, Falcon EBS, Xavier NF, Lemos ELC, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. Rev bras med fam comunidade. 2012 jan-mar;7(22).

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2001;6(1):165-181.

Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 715-740.

Gilbert RG, Nicholls JAF, Roslow S. A mensuração da satisfação dos clientes do setor público. Rev Serviço Público. 2000;51(3):26-40.

Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? Rev Latino-am Enferm. 2000; 8(2):25-32.

Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá- CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enfermagem USP. 2008; 42(1):105-15.

Grisotti M, Patricio ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(3):831-40.

Grizendi E. Alguns aspectos relacionados ao Parque Tecnológico de Campinas. Inovação Uniemp [online]. 2007 [acesso 18 out. 2012];3(2):40-1. Disponível em: URL: http://inovacao.scielo.br/pdf/inov/v3n2/a23v03n2.pdf

Grossmann E, Kohlrauschc E. Grupo e funcionamento grupal na atividade dos enfermeiros: um conhecimento necessário. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):71-9.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília, 2011.

Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Rev APS. 2008 jan-mar;11(1):54-61.

Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2009 dez;30(4):594-601.

Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Rev Rene. 2011;12(n. esp.):1066-73.

Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma analise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011;21(1):197-215.

Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(5):2431-36.

Lara R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. R. Katál. 2011 jan-jun;14(1):78-85.

Leite MT, Gonçalves LHT. Saúde e envelhecimento: reflexões a partir do cenário sociodemográfico. RBCEH. 2009 maio-ago;6(2):189-203.

Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública [online] 2010[acesso 25 set. 2012];26(5):991-1002. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf

Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012 jun;33(2):176-85.

Luchmann LHH. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. Revista de Ciências Sociais Unisinos 2002;161:43-79.

Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: Um desafio a ser enfrentado. R Enferm UFSM. 2011 jan-abr;1(1):31-40.

Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2012;46(3):526-33.

Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set-out;57(5):545-50.

Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschinni SCC, Cazal MM, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(3):1933-42.

Menezes JSB. Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2010. 194p.

Mielczarski RG, Costa JSD, Olinto MTA. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. Ciênc Saúde Coletiva 2012;17(1):71-78.

Moraes LR. Análise da Percepção da Atenção à Saúde do Trabalhador pelos profissionais do Programa de Saúde da Família de Nova Friburgo – Rio de Janeiro [Monografia]. Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. Associação Brasileira de Odontologia – Regional Niterói. Niterói: ABO-Niterói, 2009.

Moreira AC, Oliveira AAF, Costa LVF. A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde [Monografia]. Belo Horizonte, Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

Motta PCD, Pellenz AM. Dando voz aos usuários: avaliação dos serviços prestados em unidades básicas de saúde de Caxias do Sul (RS). Revista HCPA. 2005; 25(1/2):1-136.

Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(3):1793-1800.

Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2007;7(2):191-97.

Nickel DA; Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil . Cad. Saúde Pública 2008a; 24(2):241-46.

Nickel DA. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008b. 89 p.

Nickel DA, Caetano JC, Calvo MCM. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2009; 9(3):373-379.

Nobre ES, Câmara GP, Silva KP, Soares SN. A Avaliação da qualidade do serviço odontológico prestado por universidade privada: visão do usuário. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2005;18(4):171-6.

Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Junior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(7):1509-16.

Nunes AA, Caccia-Bava MCGG, Bistafa MJ, Pereira LCR, Watanabe MC, Santos V, Domingos NAM. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36 (1 Supl. 1):27 – 32.

Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev eletrônica enferm [internet]. 2009 [acesso 25 set. 2012];11(4):820-9. Disponível em: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm.

Oliveira MM, Coimbra VCC, Kantorski LP, Jardim MR, Heck RM, Ceolin T. Acesso dos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. Cogitare Enferm 2009 Jan-Mar;14(1):30-6.

OMS - Organização Mundial De Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana de saúde; 2005. 60 p.

Organização Mundial da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p. : il.

Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvida em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2008;8(1):113-124.

Pascalicchio AE, Bersusa AAS, Escuder MML. O cenário do acesso ao sistema de saúde da Baixada Santista dos pacientes hipertensos e ou diabéticos. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, Organizadores. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista / São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 215 p.

Perche ME. Cadastro do CNS com SIGA Saúde: O Cadastro Vivo. XXIV Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; 2010.

Peres MA, Peres KG. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal – Um Guia para os serviços de Saúde. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2012a; 28(Sup):S90-S100.

Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Rev Saúde Pública 2012b; 46(2):250-8.

Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. Ciênc Saúde Coletiva 2012;17(2):531-544.

Pirotta KCM, Escuder MM. O pré-natal e o puerpério na região da Baixada Santista: um panorama da atenção entre as mulheres com filhos menores de 24 meses. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, Organizadores. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista / São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 215 p.

Portela AS, Leal AAF, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010;31(1):09-14.

Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. Braz oral res [online]. 2009 [acesso 25 set 2012];23(suppl.1):9-16. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/bor/v23s1/03.pdf

Reis C, Martelli-Junior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14(4):1287-95.

Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(2):517-27.

Ribeiro JOG, Monteiro SMOS, Vasconcelos M, Abreu MHNG, Werneck MAF. As ações de saúde bucal na estratégia saúde da família em um município de médio porte de Minas Gerais. SaBios: Rev Saúde e Biol. 2012; 7(2):25-34.

Rocha AS, Bocchi SCM, Juliani CMCM. O princípio da integralidade no sistema único de saúde (SUS) – Utopia? R. Inter. Interdisc. INTERthesis. 2011 jan-jul;8(1):120-32.

Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2011 jun;32(2):345-51.

Sá ET, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. Rev Gaúcha Enferm. 2009 set;30(3):461-7.

Sander B. Administración de la educación en América Latina: el concepto de relevância cultural. La Educación, Washington, DC, n. 96, p. 49-69, 1984 [acesso 29 jan 2012]. Disponível em: URL: <http://www.bennosander.com/artigos.php> .

Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Rev Bra Enferm. 1995;48(2):109-19.

Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):346-52.

Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. Texto Contexto Enferm 2008 Jan-Mar;17(1):124-30.

Santos NM. Cartão Nacional de Saúde como Instrumento de Gestão e sua Implementação no Rio Grande do Sul. RAHIS - Rev Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2010 jul-dez.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Norma Técnica do Programa de Imunização. 2000, 2ed.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Siga – Saúde Treinamento Online 2012 [acesso 24 out. 2012]. Disponível em: URL: http://tutorial.saude.prefeitura.sp.gov.br/siga.html.

Sarti TD, Lima RCD, Silva MZ, Maciel ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. UFES Rev Odont. 2008;10(1):63-9.

Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2012 mar;28(3):537-48.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):7-17.

Senna MCM, Costa AM, Silva LM. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. Sociedade em Debate. 2010;16(1):121-37.

Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. Rev. Bras. Ginec. e Obstetrícia. 2004; 26(7):517-25.

Servo LMS, Salim CA, Chagas AMR. Saúde e segurança no trabalho no Brasil: os desafios e as possibilidades para atuação do executivo federal. In Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. In: Chagas AMR, Salim CA, Servo LMSS, Organizadores. – Brasília: Ipea, 2011. 396 p.

Shimizu HE, DYTZ JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004 [acesso 28 ago.

2012];12(5):713-720. Disponível em: URL: repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2262/1/ARTIGO_PraticaAuxiliarEnfermagem.pdf

Silva DGVS, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di'Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. Texto & Contexto Enferm. 2003; 12(1):97-103.

Silva Junior JBS, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2006. p. 289-311.

Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. Cogitare Enferm. 2006;11(2):143-9.

Silva LMV, Formigli VL. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública. 1994;10(1).

Silva DB, Souza TA, Santos CM, Jucá MM, Moreira TMM, Frota MA, Vasconcelos SMM. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. RBPS. 2011 jan-mar; 24(1):16-23.

Silveira YMSC, Ramires JCL, Silva TP. Estratégia de saúde da família: cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/ Brasil. Revista Geográfica de América Central. Número Especial EGAL, 2011- Costa Rica. II Semestre 2011. p. 1-17.

Simoni CL. Ginástica terapêutica chinesa Lian Gong: estudo de caso da inserção no SUS [Dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2005. 80 p.

Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. Saúde Soc. 2011;20(4):991-1004.

Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005 out- dez.;5(4):493-503.

Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Rev Interface. 2009;13(1):681-8.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2008;24(Sup 1):S100-S110.

Souza LF, Chaves SCL. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços Odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. Rev Baiana de Saúde Pública. 2010 abr-jun;34(2):371-87.

Szpilman ARM, Oliveira AE. A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. Revista Espaço para a Saúde. 2011 jun;12(2):28-37.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2004.

Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números. RADIS/FIOCRUZ 2004; 23:14-33.

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):643-655.

Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. Rev. bras. epidemiol. 2008,11(1): 58-66.

Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2001[acesso em 2012 Out 02]; 6(1):49-61. Disponível em: URL: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n1/7024.pdf.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública. 2009 ago;25(8):1732-42.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciênc Saúde Coletiva [online] 2002,7(3):581-9. Disponível em: URL: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n3/13034.pdf.

Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):663-74.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10(3):599-613.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):607-21.

Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):863-69.

Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):355-370

Vuori H. A qualidade da Saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 1991;3:17-25.

Zanetti CHG. Saúde bucal no Programa de Saúde da família (PSF). Proposição e programação. Brasília: Ministério da Saúde. Fev. 2000.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FOUSP 110 anos

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DE APROVAÇÃO
FR 341240
Protocolo 116/2010

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o Projeto de pesquisa "**Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no ano de 2010"**, de responsabilidade do Pesquisador Jorge Luis Marques Fernandes sob orientação do(a) Prof.(a.) Dr.(a.) Maria Ercilia de Araujo.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 27 de outubro de 2010.

Profa. Dra. Márcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira".
São Paulo - SP - CEP 05508-900 –Tel. (0XX11) 3091-7960

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Avenida. Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária
05508-000 – São Paulo - SP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pesquisa Científica

"Avaliação da satisfação do usuário com os serviços de atenção básica do Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, no ano de 2011"

As informações abaixo são para esclarecer e pedir a sua participação voluntária neste estudo.

Declaro que fui informado pelo pesquisador que a qualquer momento pode-se desistir da participação na pesquisa e retirar o consentimento, sem quaisquer prejuízos, sanções ou constrangimentos.

O objetivo geral desta pesquisa será o de avaliar as unidades básicas de saúde de Campinas, sob a ótica dos usuários.

As informações obtidas através desta pesquisa serão utilizadas de forma a resguardar a sua identificação e somente para este estudo. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e endereço do pesquisador, onde as dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Fui informado que terei total acesso aos resultados da pesquisa e de que não haverá qualquer ajuda financeira aos sujeitos da pesquisa.

Assim, considero que as explicações foram suficientes e após ler as informações acima, concordo em participar como voluntário deste trabalho.

Campinas, ___ de _____ de 2011

Entrevistado

Nome:_____

RG:_____

Assinatura:_____

Pesquisador

Jorge Luis Marques Fernandes
Rua José de Campos Sales, 241
Jd Paraíso - Campinas – São Paulo
CEP: 13100-030
Tel: (19) 32955789 / 97773130
Email: jorgelmf@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia
Av Lineu Prestes 2227
CEP: 05508-000
São Paulo
Tel:**3091-7960**

_____
Jorge Luis Marques Fernandes
CROSP: 52612

Anexo C - Autorização para Elaboração da Pesquisa em Campinas

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

SUS CAMPINAS

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa de doutorado intitulada **"AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, NO ANO DE 2010,** que tem por objetivo analisar o sistema municipal de saúde de Campinas, sob a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde.

Declaro estar ciente que a pesquisa está em fase de autorização no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de São Paulo e será desenvolvida por pesquisador estudante de Pós-Graduação em nível de doutorado na USP/SP, junto a usuários dos Centros de Saúde do município de Campinas (amostra de 27 serviços), sob a coordenação da Professora Doutora Maria Ercília de Araújo. .

Campinas, 05 de agosto de 2010

UNIV. DE SÃO PAULO
13 SET. 2010
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde

Anexo D – Questionário de Pesquisa de Satisfação dos Serviços de Saúde

USP

PÁGINA 1

ENTREVISTADOR

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PAULO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1- Você ou sua família é freqüentador da UBS de sua região?

Sim ( ) Não ( )

2 – Idade: _____anos.

3 - Sexo: ( ) M ( ) F

4 – Assinale os serviços que você utiliza em sua unidade?

Vacina	( )	Consulta odontológica	( )
Curativo	( )	Grupos educativos	( )
Farmácia	( )	Coleta de exames	( )
Consulta médica	( )	CAT	( )
Consulta enfermagem	( )	Encaminhamentos	( )
Cartão SUS	( )		

5- Como você avalia a freqüência das visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

6 - O médico da sua família já precisou encaminhar alguém para consulta com especialistas?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

7 - Como você avalia o tempo de espera para a consulta de especialidade?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

8 - Como você avalia o tempo de espera para a realização dos exames solicitados?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

9 - Como você avalia as informações dirigidas aos usuários de sua unidade (placas, cartazes, folders, impressos, cartão de consulta e outros)?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

10 - Como você avalia o atendimento da recepção?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

11 - Como você avalia as condições físicas a sala de espera?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

12 - Como você avalia as condições de utilização dos banheiros destinados aos usuários na sua Unidade de Saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

13 - Como você avalia as condições físicas e de conservação da sua Unidade de Saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

14 – Você já utilizou algum instrumento disponível na sua unidade de saúde, para registro de sugestões e reclamações dos usuários?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

15 –Como você avalia este recurso mencionado na questão anterior?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

16 - Como você avalia as respostas dadas pela unidade, às reclamações e sugestões feitas pelos usuários?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

17 - Como você avalia os horários oferecidos pela unidade de saúde para o atendimento dos usuários?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

18 – Você é recebido e ouvido pela equipe de saúde, em qualquer horário de funcionamento da unidade?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

19 - Como você avalia o tempo de espera para o acolhimento de sua unidade de saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

20 – Você ou alguém da sua família já foi maltratado ou desrespeitado em sua Unidade de Saúde?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

21 - Como você avalia as atividades educativas e de convivências realizadas pela equipe?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

22 - Como você avalia o atendimento oferecido aos adultos hipertensos e diabéticos?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

23 - Das práticas integrativas de sua unidade quais você ou sua família participa ou utilizou?

Caminhada	( )	Liang going	( )
Homeopatia	( )	Fitoterapia	( )
Acupuntura	( )	Consciência Postural	( )
Yoga	( )	Tai Chi Chuan	( )
Terapia Comumitária	( )	Movimento Vital Expressivo	( )
Qi Kung e meditação	( )	Osteopatia	( )
Não utiliza	( )		

24 - Como você avalia os resultados das práticas integrativas, mencionados na questão 23, os quais você participou?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

25 - Você já recebeu orientações da equipe de saúde, sobre direitos à saúde, cidadania e funcionamento do SUS?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

26 - Em caso positivo, como você avalia estas orientações?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

27 – Você conhece o Conselho Local de Saúde de sua comunidade e seus componentes?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

28 - Como você avalia a participação dos conselheiros locais de saúde, enquanto multiplicadores das informações discutidas nas reuniões?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

29 – Você ou alguém de sua família recebeu alguma orientação pela equipe de saúde de sua unidade sobre sexualidade, DSTs e planejamento familiar?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

30 – Em caso positivo na resposta anterior, como você avalia às orientações recebidas?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

31 - Como você avalia o atendimento oferecido às pacientes grávidas?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

32 – Como você avalia o atendimento oferecido aos idosos em sua unidade de saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

33 – Você ou alguém da sua família já teve acesso ao serviço odontológico da unidade de saúde?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

34– Em caso positivo, qual foi a via de acesso ao atendimento?

Triagem ( ) Urgência ( ) Demanda ( )
Grupos ( ) Encaminha ( ) controle ( )

35 - Como você avalia o tempo de espera para uma consulta odontológica?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

36 – Como você avalia a qualidade do atendimento odontológico prestado na unidade de saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

37 – Como você avalia as orientações educativas realizadas pela equipe de saúde bucal (dentistas e auxiliares)?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

38 – Como você avalia o atendimento odontológico oferecidos às crianças?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

39 - Como você avalia o atendimento odontológico aos portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão)?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

40 - Como você avalia o atendimento odontológico às gestantes?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

41 – Você ou alguém da sua família já foi encaminhado para alguma especialidade odontológica?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

42 – Em caso positivo na questão 41, quais especialidades você já foi encaminhado?

Canal	( )	Biópsias	( )
Tratamento das gengivas	( )	Outros	( )
Próteses	( )		
Cirurgias	( )		

43 - Como você avalia o tempo de espera para a consulta com uma especialidade odontológica?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

44 – Os Agentes Comunitários de Saúde já abordaram temas relacionados à Saúde Bucal nas visitas domiciliares?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

45 – Caso positivo, como você avalia esse tipo de abordagem realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( )
Ruim ( ) Péssimo ( ) Não sabe ( )

46 – Quais outras categorias profissionais também abordaram temas relacionados à Saúde Bucal?

Médico	( )	Não utilizo	( )
Enfermeiro	( )	Não utilizo	( )
Auxiliar de enfermagem	( )	Não utilizo	( )
Outros profissionais	( )	Qual?	

47 – Caso positivo, como você avalia a abordagem realizada por cada um destes profissionais?

Médico	Ótimo	( )	Bom	( )	Regular	( )
	Ruim	( )	Péssimo	( )	Não sabe	( )
Enfermeiro	Ótimo	( )	Bom	( )	Regular	( )
	Ruim	( )	Péssimo	( )	Não sabe	( )
Auxiliar de enfermagem	Ótimo	( )	Bom	( )	Regular	( )
	Ruim	( )	Péssimo	( )	Não sabe	( )
Outro profissional	Ótimo	( )	Bom	( )	Regular	( )
Qual?_____	Ruim	( )	Péssimo	( )	Não sabe	( )

48 – Quais dos profissionais de sua unidade você sabe o nome?

	Sim	Não	Não tem na UBS
Médico generalista	( )	( )	( )
Médico pediatra	( )	( )	( )
Médico ginecologista	( )	( )	( )
Enfermeiro	( )	( )	( )
Aux. de Enfermagem	( )	( )	( )
ACS	( )	( )	( )
Cirurgião Dentista	( )	( )	( )
TSB	( )	( )	( )
ASB	( )	( )	( )

49 – Quais membros da equipe de saúde já fizeram visita em sua residência?

	Sim	Não	Não tem na UBS
Médico generalista	( )	( )	( )
Médico pediatra	( )	( )	( )
Médico ginecologista	( )	( )	( )
Enfermeiro	( )	( )	( )
Aux de Enfermagem	( )	( )	( )
ACS	( )	( )	( )
Cirurgião Dentista	( )	( )	( )
TSB	( )	( )	( )
ASB	( )	( )	( )