

Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças

Analysis of access and care among PMAQ-AB results and users satisfaction of emergency department: similarities and differences

Mariana Figueiredo Souza Gomide¹, Ione Carvalho Pinto², Fabiana Costa Machado Zacharias³, Denise Ferro³

RESUMO

Objetivou-se identificar semelhanças e diferenças da satisfação do usuário com a Atenção Primária à Saúde (APS) nas dimensões de acesso e acolhimento a partir dos atendimentos não urgentes no Pronto Atendimento (PA) de Ribeirão Preto-SP com os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cuja avaliação no município de Ribeirão Preto-SP percorreu em período concomitante. Estudo quantitativo realizado nas unidades de PA dos cinco Distritos de Saúde do município. Participaram do estudo 514 usuários que receberam ao menos um atendimento na APS nos seis meses que antecederam a pesquisa. Utilizou-se o instrumento EUROPEP - *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* e diário de campo como fontes de dados. Amparou-se nos resultados das dimensões de acesso e acolhimento da avaliação do PMAQ para identificar semelhanças e diferenças entre o que os usuários do presente estudo reportaram. No recrutamento dos sujeitos percebeu-se que muitos não obtiveram atendimento médico na APS nos últimos seis meses justificando a dificuldade em conseguir vaga e quando adoecem e precisam procuram o PA. Tem-se que 12,7% foram atendidos no mesmo dia que procuraram a APS. Dos 87,3% que não foram atendidos no mesmo dia, o tempo médio de espera entre o dia do agendamento e o dia da consulta na APS foi 58 dias, 42,4% dos usuários responderam "ruim" sobre a facilidade em marcar uma consulta. Os resultados convergem com os resultados do PMAQ-AB que sinalizaram baixo desempenho para o acolhimento à demanda espontânea. Porém, a boa avaliação do PMAQ-AB no quesito agendamento de consultas divergiu com os resultados deste estudo em que foi constante a queixa pela demora no agendamento de consultas. Conclui-se que os usuários atendidos nos PAs em Ribeirão Preto-SP não reconhecem a APS como fonte regular de cuidado, o que pode interferir na não adesão a esses serviços de forma contínua, resultando na busca por serviços de urgência e emergência para tratar agravos que poderiam ser resolvidos na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Satisfação do Usuário. Avaliação de Serviços de Saúde.

1. Enfermeira, doutora em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
2. Livre-Docente, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.
3. Doutoranda em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

CORRESPONDÊNCIA:
Mariana Figueiredo Souza Gomide
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.
Avenida dos Bandeirantes, 3900
Campus Universitário. Monte Alegre.
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto-SP-Brasil

Recebido em 11/04/2016
Aprovado em 22/08/2016

ABSTRACT

The objective was to identify similarities and differences about user satisfaction with Primary Health Care (PHC) in the dimensions of access and care from non-urgent care in emergency care (EC) in Ribeirão Preto-SP with the National Program Evaluation Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), whose evaluation in Ribeirão Preto happened in same period. It was a quantitative study in the PA units of the five Health Districts. The study included 514 users who received at least one appointment in the PHC in the six months preceding the survey. We used the EUROPEP instrument - European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care and diary as data sources. It was based on the results of the dimensions of access and host PMAQ assessment to identify similarities and differences between what users of this study reported. During recruitment of users we realized that many did not receive medical care in PHC in the last six months justifying the difficulty in getting vancouver and when they get sick and need to look for EC. We have that 12.7% were treated on the same day that sought to PHC. Of the 87.3% that have not met the same day, the average waiting time between the day of marking and the day of appointment on the PHC was 58 days, 42.4% of users answered "bad" about the ease in making an appointment. The results converge with PMAQ-AB results signaled underperforming to host the spontaneous demand. However, the good evaluation of PMAQ-AB in the category marking appointment diverged with the results of this study it was constant complaint by the delay in scheduling appointments. We conclude that users seen in EC in Ribeirão Preto-SP not recognize PHC as a regular source of care, which may interfere with non-adherence to these continuous service, resulting in the search for urgent and emergency services to treat injuries that could be resolved in the PHC.

Keywords: Primary Health Care. Patient Satisfaction. Health Services Evaluation.

Introdução

A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) está baseada em um modelo de atenção voltado para as necessidades da população.¹ Nesse sentido está a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) que deve cumprir entre os papéis essenciais nas Redes de Atenção à Saúde: a capacidade de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde da população, a capacidade de acolher e orientar os fluxos e contra-fluxos de usuários entre os componentes das redes.²

Dessa forma, a integralidade é pensada enquanto um princípio educativo, em que a participação social aumenta a permeabilidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população.³

É provável que os usuários busquem nos serviços de saúde alguma ação dos profissionais de saúde que resolva, ou pelo menos minimize, o problema que o levou a procurar aquele serviço. Entende-se que, se há falha no ingresso a um serviço de saúde, a atenção necessária é adiada.⁴

Nesse contexto, o tema da satisfação do usuário, representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, consideran-

do que a importância do reconhecimento técnico na perspectiva do usuário tem crescido na medida em que é abordada a qualidade dos serviços de saúde. É fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais e a forma de organização dos serviços.⁵

Uma das formas de avaliação de serviços na visão dos usuários é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde, instituído em 2011, cujo objetivo foi induzir a melhoria da assistência e do cuidado prestado à população nos serviços de APS, por meio de um processo permanente e contínuo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica (AB), e consequentemente incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários.⁶

O PMAQ-AB está dividido em três fases: 1) Adesão e Contratualização, 2) Desenvolvimento e 3) Avaliação externa. Sendo que esta última fase trata da averiguação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica (EAB) participantes do Programa. Essa fase se subdivide em duas dimensões: I-Certificação de desempenho das EAB e gestões muni-

cipais participantes do PMAQ; II - Avaliação do acesso e da qualidade da AB que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas EAB e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.⁷

No ano de 2010, 19 ESFs de Ribeirão Preto-SP fizeram adesão ao PMAQ-AB, participando do primeiro ciclo de avaliações, e obtiveram como resultados sete equipes participantes com qualificação muito acima da média e 12 com qualificação acima da média.⁸

O Programa realizou nova avaliação, sendo o primeiro ciclo iniciado em julho de 2012 no município. Nesta avaliação, houve a participação de 12 ESFs, e todas obtiveram no item satisfação do usuário desempenho muito acima da média.⁸

Quando se analisa a avaliação geral dessas 12 unidades participantes do PMAQ-AB em Ribeirão Preto-SP, cinco apresentaram desempenho muito acima da média e sete apresentaram desempenho acima da média. Por outro lado, em relação ao item acesso e qualidade no serviço, cinco apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média e sete apresentaram desempenho acima da média.⁸

No primeiro semestre de 2014, foi realizado o segundo ciclo de avaliações em que 35 equipes de saúde inseridas em 23 unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP foram avaliadas. Todas equipes de saúde obtiveram desempenho muito acima da média quanto ao acesso e à marcação de consultas, desempenho acima da média para a satisfação do usuário, mas desempenho mediano ou abaixo da média no que diz respeito ao acolhimento à demanda espontânea.⁹

Este estudo objetivou analisar as semelhanças e diferenças da satisfação do usuário com a APS nas dimensões de acesso e acolhimento a partir dos atendimentos não urgentes no Pronto-Atendimento (PA) de Ribeirão Preto-SP com os resultados do PMAQ-AB, cuja avaliação no município percorreu o mesmo período de coleta de dados.

Entendem-se que o acesso se refere à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário,⁵ e o acolhimento como sinônimo de dar atenção, estar aberto à escuta, valorizar as queixas e identificar necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, o que não significa necessariamente garantir a resolução completa dos problemas trazidos pelos usuários.¹⁰

Método

Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. O cenário de investigação foi constituído pelas unidades de PA dos cinco Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, e os critérios para selecionar essas unidades foram: ter acesso ao atendimento médico durante as 24 horas/ dia a todos os usuários que necessitam; ser um serviço de saúde procurado pelos usuários para atendimentos classificados como urgentes e não urgentes; ser um serviço de saúde que é referência para toda a APS (Unidade Básica de Saúde-UBS e Unidade de Saúde da Família-USF) do município.

Os PAs de cada Distrito de Saúde (DS) realizam atendimento durante 24 horas para todos os usuários, atendendo a casos de urgência e emergência e a casos que demandam um atendimento não urgente, mas considerado prioritário pelos usuários.

Participaram do estudo 514 usuários que procuraram atendimento nos cinco serviços públicos de PA dos cinco DS de Ribeirão Preto- SP, sem estarem apresentando situações de urgência ou emergência. O recrutamento destes usuários foi realizado no espaço físico em que se faz o acolhimento dos usuários que procuram o PA, segundo os critérios de inclusão e exclusão, após identificar as necessidades de atendimento não urgente para cada usuário e as suas principais queixas.

Estes usuários observados durante o acolhimento, após passarem por atendimento, foram consultados sobre a possibilidade de participação como sujeitos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão dos sujeitos: usuários com 18 anos ou mais, usuários que não estavam sendo atendidos por situações que necessitavam de atendimento de urgência e emergência; usuários que procuraram atendimento no PA e moram há mais de dois anos no município; usuários que passaram pela experiência de terem recebido pelo menos uma vez atendimento na APS nos últimos seis meses que antecederam à entrevista. Os critérios de exclusão dos sujeitos: apresentar sinais e/ou sintomas de confusão mental ou embriaguez.

O número de participantes de cada PA se baseou em cálculo amostral para identificar o número de usuários necessário para compor uma amostra

que representasse toda a população atendida de cada distrito, pois seria inviável recrutar todas as fichas de todos os atendimentos realizados no cotidiano de trabalho.

Assim, identificou-se o número de usuários necessário que se constituísse em uma amostra representativa a partir da técnica de Amostragem Aleatória Estratificada.¹¹ Essa estratificação percorreu a alocação proporcional levando em consideração a unidade de PA, sexo e idade dos usuários que procuraram atendimento. Para cada PA, foi realizada seleção por estratos para as variáveis sexo (masculino e feminino) e a idade (18 a 39 anos, 40 a 59 anos, acima de 60 anos). O cálculo do tamanho amostral considerou nível de significância de 5% (alfa = 0.05), combinando-se sexo (2 níveis), PA (5 níveis) e as faixas de idade (3 níveis) e resultando em 30 estratos.

A coleta de dados foi realizada no período de quatro meses (07 de janeiro a 30 de abril de 2014) durante os períodos manhã, tarde e vespertino de segundas às sextas-feiras. Consideraram-se estes horários para coleta de dados, uma vez que conforme observado em estudo anterior¹², estes são os horários de maior fluxo de atendimento nos PAs, apesar das unidades de APS estarem abertas para atendimento à população.

Utilizou-se um instrumento que fosse fidedigno para responder às questões de satisfação dos usuários com os serviços de APS na perspectiva do acesso e acolhimento. Deste modo, optou-se por aplicar o instrumento EUROPEP - *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*, construído, validado e anteriormente aplicado em 16 países diferentes¹³ e traduzido para o português do Brasil.¹⁴

O instrumento EUROPEP é constituído por um questionário fechado com 53 questões sendo 52 fechadas e uma aberta. Essas questões estão organizadas em três partes e compõem: os indicadores-chave, os indicadores de áreas específicas de satisfação, e os dados dos usuários.¹⁴

As três partes do questionário subdividem-se em: Indicadores-chave; Indicadores de áreas específicas de satisfação e Dados dos usuários.

Para este estudo foram utilizados o Indicador de área específica de satisfação referente à Marcação das consultas e quatro dos cinco indicadores-chave que constituem-se das seguintes questões:

- 1º Relação e Comunicação com cinco questões em que foram avaliados: a duração da consulta, o interesse do profissional em ouvir os problemas de saúde do usuário, se o usuário sentiu-se à vontade com o profissional para contar sobre estes problemas, a participação do usuário nas decisões do cuidado, e o segredo/sigilo da informação sobre o problema;
- 2º Cuidados médicos com quatro questões: se teve alívio rápido dos sintomas, melhora para desempenhar as atividades, exame físico, e sobre indicação de serviços de prevenção de doenças;
- 3º Informação e apoio com quatro questões: explicação sobre exames e tratamento, informações sobre sintomas e doença, abordagem de questões emocionais e incentivo para entender a importância de seguir as orientações;
- 4º Organização dos serviços com quatro questões: apoio do pessoal da unidade de saúde, facilidade em marcar uma consulta, tempo que esperou para ser atendido e a rapidez com que os problemas foram resolvidos.¹⁴

Utilizou-se uma escala que avalia a satisfação pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o último atendimento, o serviço de saúde e sobre o profissional com categorias que variam entre "concordo plenamente" e "discordo plenamente", e a partir de figuras de faces com cinco expressões distintas de satisfação (1: muito bom; 2: bom; 3: regular; 4: ruim, 5: péssimo e 6: não se aplica).¹⁴

Após esta etapa, utilizaram-se planilhas em formato Excel para alimentação e codificação dos dados coletados.

Utilizou-se o momento da coleta de dados nos cinco PAs do município, entre as abordagens aos usuários os quais participaram do estudo, para a construção de um diário de campo que se constituiu em mais uma fonte de dados para a análise do objeto de investigação. Este diário foi composto por registros das principais características dos cenários de investigação (infra-estrutura, recursos humanos e oferta de serviços), de algumas situações presenciadas no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde na prestação de cuidado aos diferentes usuários que procuraram atendimento nos PAs, e de algumas anotações para melhor contextualizar ou compreender as respostas dadas pelos usuários nos instrumentos.

Portanto, o foco da observação foi a organização do processo de trabalho nos PAs, e o atendimento prestado aos usuários desde a chegada na unidade de PA, o acolhimento por um profissional de enfermagem, a espera pelo atendimento médico, até o momento de entrada no consultório.

Para a elaboração do referido diário, utilizou-se a técnica de observação simples, considerando esta a forma mais apropriada para conhecer a realidade uma vez que se caracteriza por um mínimo de intervenção possível do pesquisador no cenário de investigação, possibilita a obtenção de elementos para a definição do objeto e favorece a construção de hipóteses sobre o problema pesquisado.¹⁵

No entanto, essas anotações não foram submetidas a um corpo de análise específico, constituindo-se apenas em material complementar às outras fontes de dados assim como percorrido em estudo anterior.¹⁶

Para análise, utilizaram-se como temas centrais o acesso e acolhimento. O acesso foi analisado na dimensão da disponibilidade que se constitui na representação da existência do serviço de saúde, sendo exemplificados também como o horário de funcionamento e o momento em que os serviços são necessários.¹⁷ O acolhimento foi analisado nas dimensões resolutividade, humanização e solidariedade que sinalizam pontos de satisfação de um serviço de saúde.¹⁰

Amparou-se nos resultados das dimensões de acesso e acolhimento da avaliação do PMAQ realizada em 2014 para identificar possíveis semelhanças e diferenças entre o que os usuários do presente estudo reportaram.

É importante ressaltar que apesar de não se tratarem exatamente dos mesmos usuários, e da mesma quantidade de entrevistados em ambas avaliações (PMAQ e EUROPEP), buscou-se identificar possíveis tendências uma vez que os dois estudos foram realizados nos mesmos serviços de saúde durante o mesmo período do ano, o que aponta que o município de Ribeirão Preto-SP estava vivenciando a mesma situação de saúde.

Para a organização dos dados as variáveis presentes nas fichas de atendimento e no instrumento aplicado foram codificadas e após elaborou-se um dicionário de dados com essas codificações.

Foi construído um banco de dados em planilha no programa *Excel*, utilizando-se a técnica da dupla digitação, a fim de minimizar erros sistemáticos.¹⁶

Para análise descritiva utilizou-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0 para Windows.

Realizou-se contato prévio à autora da pesquisa que efetuou a tradução e validação do instrumento EUROPEP para o português do Brasil solicitando a autorização para utilização no presente estudo. Esta autorização fez parte dos documentos enviados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP.

Também solicitou-se autorização prévia para execução do estudo à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto e com a autorização em mãos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da EERP- USP e obteve aprovação em 09 de dezembro de 2013, sob número de protocolo 12678013.9.0000.5393, atendendo as diretrizes contidas na Resolução do CNS 466/12.

Com a autorização oficial, fez-se contato com os coordenadores dos PAs, explicando a importância da pesquisa, a motivação e os objetivos do estudo, sendo indicado como seriam realizadas as etapas do projeto.

Resultados

Registros do diário de campo

Desde o primeiro dia de coleta, na abordagem aos usuários durante a espera pelos atendimentos nos PAs a fim de identificar quais deles atendiam aos critérios de inclusão para participarem do estudo, percebeu-se que muitos não obtiveram atendimento médico na atenção básica nos últimos seis meses. E a justificativa para muitos deles não terem passado por atendimento na unidade de APS foi ou por não conseguirem vaga/ agendamento, ou por nunca procurarem atendimentos médicos e que quando adoecem e precisam procuram o PA. Então, a partir deste critério, muitos não se encaixaram no perfil de sujeitos para a pesquisa.

Houve situações em que usuários, nos dias da aplicação do instrumento no PA, procuraram atendimento na APS e não conseguiram, relatando que os profissionais da APS os orientaram a procurar o PA.

Houve queixas relacionadas à demora no encaminhamento de exames para as especialidades médicas e vários usuários justificaram que o pedido fica parado na SMS.

Alguns usuários responderam "péssimo" em relação ao sigilo da informação sobre o problema devido a consulta ter sido realizada de portas abertas. Também responderam "péssimo" no que concerne às informações sobre o que gostaria de saber sobre os sintomas e doença porque disseram que o médico não os deixou falar.

Ainda houve alguns usuários que responderam "péssimo" no tocante à indicação de serviços de prevenção de doenças argumentando que às vezes eles têm de pedir ao médico para fazer o pedido dos exames, caso contrário, estes não são solicitados.

Todas as unidades básicas de saúde estão cadastradas para realizar o agendamento por telefone para as especialidades básicas (clínica, pediatria e GO) conforme se confirmou com os profissionais que trabalham no teleagendamento. Contudo, durante a coleta de dados, alguns usuários informaram que não conseguiam realizar o agendamento por telefone.

Quem é responsável por disponibilizar as vagas para agendamento de consultas é o gerente de cada unidade de saúde, e a data para disponibilizar essas vagas está a depender da disponibilidade de horários e de profissionais médicos. O que estava ocorrendo, segundo os profissionais do teleagendamento, é a falta de profissionais médicos para atender nas unidades, levando assim ao acúmulo de usuários aguardando marcação de consultas.

Segundo os profissionais do teleagendamento, não havia unidades com mais ou menos dificuldade para marcar consulta. A questão de demora para agendamento era geral durante o período de coleta de dados.

Para o atendimento às especialidades médicas é necessário que o clínico geral ou GO solicite um encaminhamento, que é enviado à SMS, e esta é responsável pela "regulação de vagas" para as especialidades. Esta demanda para as especialidades tem sido grande, por isso morosa.

Dados do instrumento EUROPEP

Indicador de área específica de satisfação: agendamento das consultas

Em relação a quantos dias decorreram entre o dia do agendamento e o dia da consulta na AB, 12,7% (65) disseram que foram atendidos no mesmo dia, caracterizando o atendimento por demanda espontânea. Dos casos que foram atendidos no

mesmo dia, a maioria deles ocorreu em situação de atendimento em que o usuário ocupava o horário de algum faltoso. Dos 45 estabelecimentos de AB em que havia usuários provenientes que constituíram a amostra, 13 não atenderam a demanda espontânea, dentre os usuários que participaram do estudo.

Dos 87,3% (445) que não foram atendidos no mesmo dia, o tempo de espera entre o dia do agendamento e o dia da consulta na AB obteve média de 58 dias e mediana de 45 dias, sendo 365 dias (um ano) o tempo máximo de espera referido.

Para conseguir a consulta 70,3% (359) dos entrevistados foram até a unidade de AB para marcar, 16,2% (83) estavam com a consulta marcada desde a consulta anterior, 9,2% (47) marcaram a consulta por telefone, e o restante teve a consulta marcada por um terceiro.

Indicadores chave de satisfação

Se forem somados os percentuais de usuários que avaliaram como "muito bom" ou "bom" as questões relacionadas à duração das consultas, interesse do profissional, sentir-se à vontade e segredo, têm-se respectivamente 75,7% (389), 73% (375), 73% (375) e 78,8% (390). Apenas a questão sobre a participação do usuário tem porcentagem inferior a 70% conforme observado em Gráfico 1.

Em menor número têm-se os usuários que avaliaram o indicador Relação e Comunicação como "regular", e em percentual inferior têm-se os que avaliaram como "ruim" ou "péssimo".

Uma parcela expressiva de usuários respondeu "não se aplica" para a questão sobre o sigilo (12,9%). No contato com o pesquisador durante a aplicação do instrumento, estes disseram não saber se o sigilo de suas informações era respeitado, por isso optaram por essa resposta.

Um número expressivo de usuários respondeu "não se aplica" para as questões relativas aos cuidados médicos. Sobre o alívio rápido dos sintomas, 32,2% (165) responderam "não se aplica", justificando que ainda não obtiveram a resolução do seu problema, considerando a demora para fazer os exames, o retorno do médico para checar os resultados dos exames solicitados e/ou então tomar uma conduta frente aos resultados apresentados e avaliação realizada. Por este mesmo motivo, estes usuários responderam "não se aplica" em relação à melhora para realizar as tarefas diárias (32,6%).

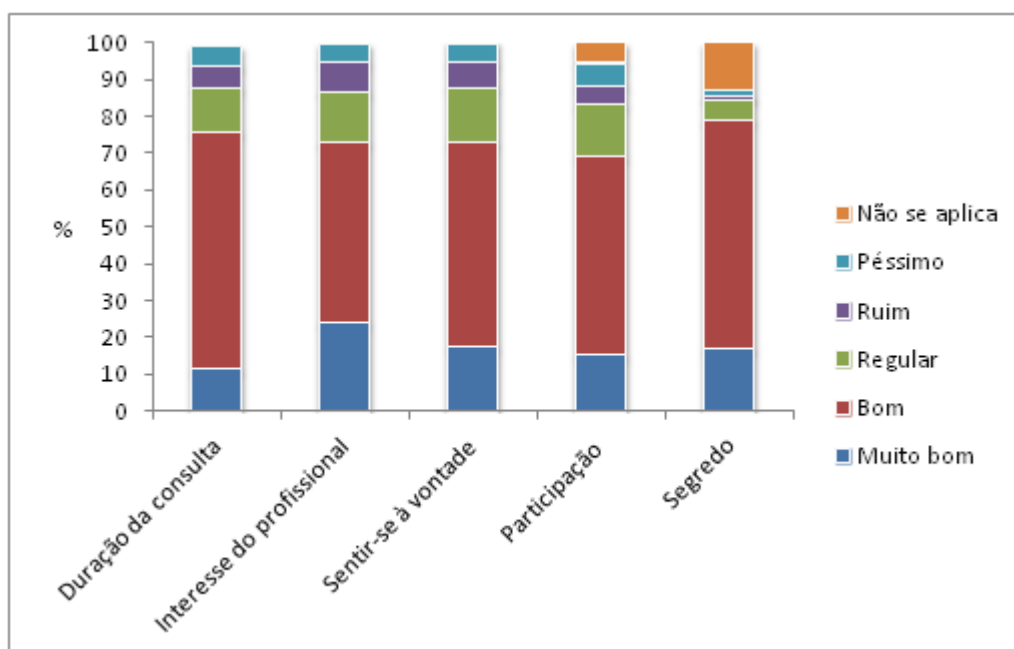


Gráfico 1: Avaliação dos usuários sobre a Relação e Comunicação nos serviços públicos de saúde de APS, Ribeirão Preto, 2014.

No que diz respeito ao exame físico que o profissional fez durante a consulta, 29,3% (150) responderam "não se aplica" justificando que não foram examinados, e houve 24,4% (125) que responderam "não se aplica" no que concerne à indicação de serviços de prevenção de doenças, conforme observado em Gráfico 2.

Tem-se que 14% (72) responderam "não se aplica" no que tange a explicação sobre os exames e os tratamentos prescritos porque disseram que ainda aguardavam o resultado do exame.

Vale destacar que 64,4% (329) dos usuários responderam "não se aplica" para a questão sobre a abordagem feita pelo profissional de saúde du-

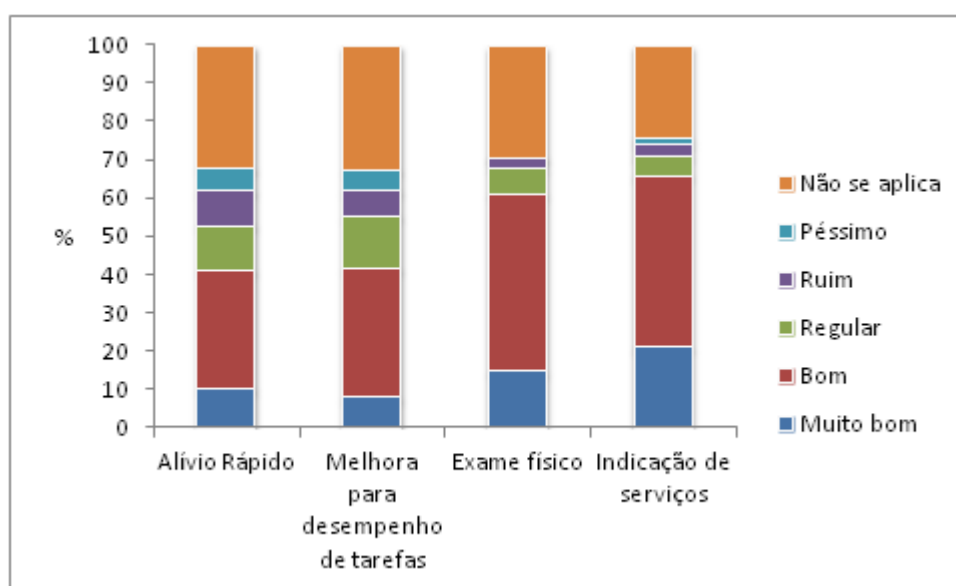


Gráfico 2: Avaliação dos usuários com os Cuidados Médicos nos serviços públicos de saúde de APS, Ribeirão Preto, 2014.

rante a consulta sobre questões emocionais, conforme observado em Gráfico 3. Estes disseram à pesquisadora que este assunto não foi abordado durante o atendimento.

Com relação a organização dos serviços, dos usuários que responderam "ruim" ou "péssimo" têm-

se 42,4% (218) sobre a facilidade em marcar uma consulta adequada, 27,4% (141) sobre a rapidez com que os problemas foram resolvidos, 27,1% (139) sobre o tempo que esperou para ser atendido e 15,2% (78) sobre o apoio do pessoal da AB, conforme observado em Gráfico 4.

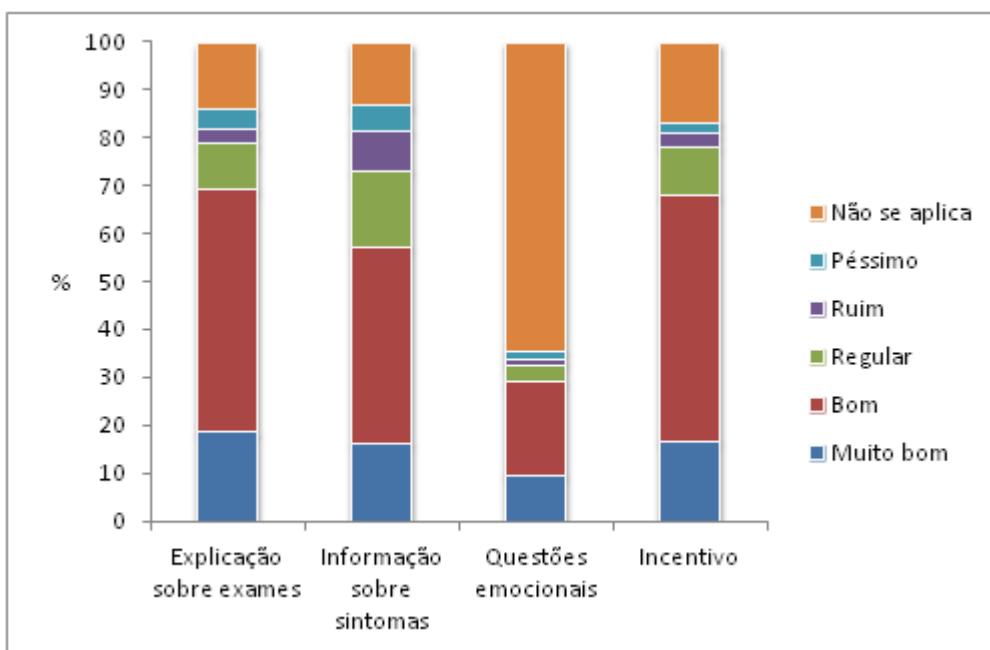


Gráfico 3: Avaliação dos usuários sobre a Informação e Apoio nos serviços públicos de saúde de APS, Ribeirão Preto, 2014.

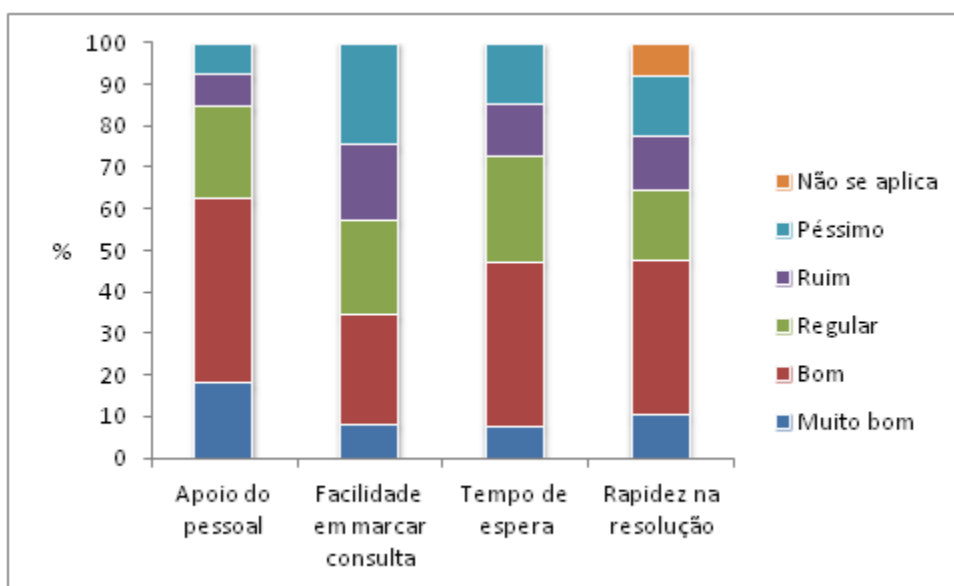


Gráfico 4: Avaliação dos usuários na Organização dos serviços públicos de saúde de APS, Ribeirão Preto, 2014.

Discussão

Ao analisar as semelhanças e diferenças entre os resultados de satisfação do presente estudo com a última avaliação do PMAQ-AB, realizada no primeiro semestre de 2014, observa-se que, entre os resultados do programa, as equipes de saúde de uma UBS no DS I obtiveram avaliação “mediana ou abaixo da média” e em uma UBS no DS II obteve avaliação “muito acima da média”⁹, corroborando os achados deste estudo em que essas unidades tiveram menor e maior percentual de usuários satisfeitos respectivamente.

Ademais, de forma geral, com os resultados da última avaliação do PMAQ-AB sinalizando baixo desempenho para o acolhimento à demanda espontânea, pode-se interpretar que vão ao encontro dos achados do presente estudo que aponta fragilidade na obtenção de consulta sem ser hora marcada.

Por outro lado, apesar de boa avaliação no quesito marcação de consultas na avaliação do PMAQ-AB, este resultado diverge dos resultados deste e de outros estudos em que foi constante a queixa pela demora no agendamento de consultas.^{5,18-19}

É válido lembrar que a parcela de usuários que participou da avaliação do PMAQ-AB estava na unidade de APS no momento da avaliação externa em conformidade com o que é proposto para avaliação do programa, sendo convidados a participarem da avaliação da unidade.⁹

Logo, tem-se o entendimento de que estes usuários participantes da avaliação do programa são usuários habituais da APS, ou melhor, estão vinculados de alguma forma à unidade. Diferentemente dos usuários participantes do presente estudo que avaliaram a APS durante os atendimentos de PA, e que assim podem caracterizar demanda reprimida da APS. Deste modo, é possível considerar que se trata de amostras distintas.

Essa interpretação se baseia nos registros do diário de campo em que a maioria dos usuários abordados para participar do estudo, que estavam no PA no momento da coleta de dados referiam que não obtiveram atendimento médico na APS nos últimos seis meses, ou por que não procuraram, ou por que por diversas razões não conseguiram atendimento quando o buscaram, conforme relataram à pesquisadora. Esse dado corrobora com os resultados no instrumento EUROPEP, em que, a variável

de satisfação mais mal avaliada foi a facilidade em marcar uma consulta.

Nessa lógica, compreende-se que os usuários mais habituados a utilizar os serviços de APS, podem se beneficiar mais frequentemente com estes serviços, pois conhecendo melhor o funcionamento da unidade, conseguem mais facilmente se programar para serem atendidos

quando precisam, em conformidade com os resultados encontrados nos registros do diário de campo sobre a questão de “abrir a agenda” e nas falas dos usuários entrevistados.

Em concordância com a discussão abordada anteriormente sobre a avaliação do PMAQ-AB por usuários habituais dos serviços de APS, compreende-se que a identificação de uma fonte regular de cuidado pressupõe que a população deve reconhecer a unidade de APS como referência habitual para atendimento. Esta definição depende da correlação da oferta e disponibilidade dessa fonte regular e deve estar em consonância com as reais necessidades de saúde da população.⁴

Considera-se que o PMAQ-AB pode ser visto, como forma de elevar a escuta dos usuários à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB, claro que além do contexto da PNAB, relacionando-se ao papel no redesenho do financiamento da AB.²⁰

No entanto, a indagação que se faz é sobre o real impacto das avaliações desses usuários aos serviços de APS, uma vez que a avaliação de sua satisfação quanto ao acesso a certas ofertas predefinidas pelos serviços da rede básica são questões que não têm dados representativos da realidade de cada equipe, por serem apenas quatro usuários em cada unidade, escolhidos por conveniência entre os presentes, no momento em que o restante da avaliação é realizada.²¹

Diante do exposto, pode-se interpretar que de uma forma geral os usuários atendidos nos PAs em Ribeirão Preto-SP não reconhecem as unidades de APS como fonte regular de cuidado, e as utiliza na maioria das vezes como mais uma opção de assistência e não como porta preferencial de acesso ao sistema de saúde, o que pode implicar na não adesão a esses serviços de forma contínua com a finalidade de promover a saúde e prevenir doenças, e ainda buscar serviços de urgência e emergência para tratar agravos que poderiam ser resolvidos pela equipe de APS.

Conclusão

Houve semelhanças e diferenças entre os resultados da última avaliação do PMAQ-AB e do presente estudo realizado em Ribeirão Preto-SP.

Entre os resultados semelhantes há convergência no que diz respeito à fragilidade no acolhimento à demanda espontânea. Em contrapartida, com relação à marcação de consultas observou-se baixa satisfação no presente estudo e alta satisfação na avaliação do PMAQ-AB.

Assim, é preciso pensar sobre o real impacto das avaliações dos usuários que responderam ao PMAQ-AB, entendendo ser conflituosa a forma de escolha dos participantes que podem não refletir na representação de toda a população, haja visto a divergência com os resultados do estudo EUROPEP.

Conclui-se que os usuários atendidos nos PAs em Ribeirão Preto-SP não reconhecem as unidades de APS como fonte regular de cuidado, o que pode interferir na não adesão a esses serviços de forma contínua, resultando na busca por serviços de urgência e emergência para tratar agravos que poderiam ser resolvidos pela equipe de APS.

Referências

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18 (supl4): S3-S11.
3. Machado FRS. Direito à saúde, integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p.47-63.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 714p.
5. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula VG, Domingos MMLN. Assistance in Family Health from the Perspective of Users. *Rev Latinoam Enferm*. 2010; 18: 436-43.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. Brasília, 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Manual instrutivo. Brasília, DF, 2011.
8. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. 2013.
9. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (DASP). Avaliação externa das equipes que aderiram ao PMAQ em Ribeirão Preto-SP. 2015. Ribeirão Preto, 2015.
10. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Aceptación en una Unidad Básica de Salud: enfoque en la satisfacción del usuario. *Rev Salud publica*. 2010, 12: 402-13.
11. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. Porto Alegre: Bookman, 2005.
12. Souza MF, Figueiredo LA, Pinto IC. Análise da utilização do serviço de Pronto-Socorro na percepção do usuário. *Cienc Cuid Saude*. 2010, 9: 13-20.
13. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. *The EUROPEP. Instrument*. *Br J Gen Pract*. 2000; 50: 882-7.
14. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18: 103-14.
15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2011.
16. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. 4ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
17. Sanchez RM, Ciconelli RM. Concepts of access to health. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31: 260-8.
18. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional Primary Healthcare units and family healthcare strategy units in the perspective of users. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22: 780-8.
19. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(Supl. 2): 19-25.
20. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014; 38: 43-57.
21. Gomes LB. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB) / Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.