



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



SANDRA CECÍLIA DE SOUZA LIMA

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DA REGIONAL NORTE DE TERESINA/PI: AVALIAÇÃO A PARTIR DO
USUÁRIO ADULTO**

FORTALEZA

ABRIL-2014

SANDRA CECÍLIA DE SOUZA LIMA

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIONAL NORTE DE TERESINA / PI – AVALIAÇÃO A PARTIR
DO USUÁRIO ADULTO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional

Orientador: Prof. Aluísio Ferreira de Lima, Doutor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

FORTALEZA

ABRIL-2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- L71o Lima, Sandra Cecília de Souza.
Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família na regional norte de Teresina/PI – avaliação a partir do usuário adulto. / Sandra Cecília de Souza Lima. – 2014.
67 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Rede Nordeste de Formação em saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Título.

SANDRA CECÍLIA DE SOUZA LIMA

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA REGIONAL NORTE DE TERESINA/PI. AVALIAÇÃO A PARTIR DO
USUÁRIO ADULTO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 12 de maio de 2014, pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:


BANCA EXAMINADORA



Prof. Aluisio Ferreira de Lima, Doutor

Presidente

Universidade Federal do Ceará



Prof. Paulo César de Almeida, Doutor

Primeiro Examinador

Universidade Estadual do Ceará



Profa. Fabiane do Amaral Gubert

Segundo Examinador

Universidade Federal do Ceará

A Deus, acima de todas as coisas.

Ao meu pai, Aluísio Neves de Lima, fonte de inspiração, persistência e sabedoria.

A minha amada mãe, Maria José (*in memoriam*) por ser um modelo de perseverança e coragem.

A minha irmã, Soraya pelas palavras de apoio.

Aos meus queridos sobrinhos: Débora e Aluísio.

Ao meu companheiro, Narciso que sempre me estimulou a seguir adiante mesmo nos momentos difíceis dessa jornada.

A família do meu esposo que sempre me apoiou, enfim, a essas pessoas maravilhosas, meu imenso obrigado.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima, pelas orientações durante a elaboração da dissertação e pela paciência que teve comigo.

A todos os educadores do Mestrado Profissional em Saúde da Família por compartilhar com o grupo tantos conhecimentos, especialmente aos professores, Dr. Paulo César de Almeida e Dra. Fabiane do Amaral Gubert, que contribuíram muito com esse trabalho.

A Universidade Federal do Ceará e a Fiocruz pela oferta do Mestrado Profissional em Saúde da Família, proporcionando melhor atuação dos mestrandos em seus ambientes de trabalho.

As Acadêmicas de Enfermagem, Eliene Alves de Oliveira e Izabel Pereira Duarte pela contribuição na coleta de dados da pesquisa.

Aos colegas de turma pela convivência prazerosa durante esse período, em especial, a Danielle Dourado, companheira de viagens e estudos pelo maravilhoso mundo do conhecimento, ao pessoal de apoio do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde do Poty Velho e do Hospital Infantil Lucídio Portela; pelo apoio nos momentos difíceis.

A Fundação Municipal de Saúde, a Regional Centro-Norte e a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí pela liberação para realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aos usuários dos serviços de saúde da Regional Norte de Teresina, pois, sem a colaboração dos mesmos, não seria possível a elaboração dessa dissertação.

Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as pessoas e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.

(Paulo Freire)

LIMA, Sandra Cecília de Souza. **Orientação Familiar e Comunitária na Estratégia Saúde da Família da Regional Norte de Teresina/PI**: Avaliação a partir do usuário adulto, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 67p.

RESUMO

Este estudo analisa os atributos derivados da Atenção Primária à Saúde: orientação familiar e comunitária nas 20 unidades básicas de saúde da Estratégia Saúde da Família na Regional Norte de Teresina – PI, com o objetivo de avaliar a orientação familiar e comunitária na Estratégia Saúde da Família dos Centros de Saúde da zona urbana da Regional Centro-Norte. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e desenho transversal, realizado de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. Foram utilizados questionários para descrição de perfil sociodemográfico dos usuários e o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Foram entrevistados 384 usuários adultos na faixa etária de 19 a 59 anos. Os resultados mostraram que 88,3% dos usuários entrevistados eram mulheres, 78,6% católicos, 53,4% desempregados, mas com bolsa família, 61,9% ganham de um a dois salários, 97,8% não participam do Conselho Local de Saúde (CLS), 91,2% dizem não conhecer o CLS e apenas 1,5% sabe como funciona o CLS. A análise dos dados desse estudo mostra um percentual de respostas positivas dos usuários nos itens que aferem a orientação familiar prestada pelo profissional médico e enfermeiro, com destaque de melhor avaliação para o enfermeiro. Já as ações de orientação comunitária desenvolvidas pelos profissionais teve avaliação insatisfatória, principalmente no que se refere às pesquisas que deveriam ser realizadas com a comunidade para identificar se os serviços de saúde prestados estão satisfazendo as necessidades das pessoas e se são realizadas enquetes para conhecer os problemas de saúde dos usuários, além da redução de convite por parte dos profissionais para que os usuários participem das ações do Conselho Local de Saúde.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica, Avaliação em Serviços, Conselhos Locais de Saúde.

LIMA, Sandra Cecília de Souza. **Family and Community Orientation in Family Health Strategy in the Northern Regional of Teresina – PI: avaluation by adult users.**, 2014. Dissertation (Professional Master Degree at Family Health) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 67p.

ABSTRACT

This study analyzes the attributes derived from the Primary Health Care: family and community orientation in the 20 Basic Health Units of the Family Health Strategy in the Northern of Teresina - PI, aiming to assess the family and community orientation in the Family Health Strategy Health Centers of the urban area of North Central Regional. This is a descriptive study, with a quantitative approach and design cross-sectional, accomplished from December 2013 to February 2014. Questionnaires for describing sociodemographic profile of users were used, as the Primary Care Assessment Tool (PCATool). Were interviewed 384 users, aged 19-59 years. The results showed that 88.3% of interviewed users are women 78.6% Catholics, 53.4% unemployed or living on income from family allowance, 61.9%, earn one and two wages 97.8% did not participate in the Local Health Board (CLS), 91.2% say they do not know the CLS and only 1.5% know how the CLS works. The data analysis of this study shows a percentage of positive responses from users on items that assess the family orientation provided by medical and nursing professionals, highlighting the best review for nurses. Though the actions of community orientation developed by professionals had unsatisfactory evaluation, particularly regarding to the research that should be accomplished with the community to identify whether health services provided are satisfying the needs of people and if polls are held to know the health problems of users, in addition to reducing invitation by professionals so that users participate in the actions of the Local Health Council.

Keywords: Family Health Strategy, Primary Health Care, Primary Care Assessment Services, Local Health Council.

LISTA DE SIGLAS

FMS - Fundação Municipal de Saúde

GEAB - Gerência de Atenção Básica

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Índice composto

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool - Primary Care Assessment Tool

PHPN - Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNI - Programa Nacional de Imunização

PROADESS - Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SAS - Secretaria da Assistência Social

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISCAM - Sistema de Informações do Câncer da Mulher

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

VD - Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Perfil sociodemográfico dos usuários	33
TABELA 2 Distribuição do número de usuários quanto à orientação familiar prestada pelos profissionais	34
TABELA 3. Distribuição dos usuários quanto à faixa etária e a orientação familiar	35
TABELA 4. Distribuição dos usuários quanto à escolaridade e a orientação familiar	35
TABELA 5. Distribuição do número de usuários quanto à orientação comunitária, prestada pelos profissionais	36
TABELA 6. Distribuição do número de usuários quanto à faixa etária e a orientação comunitária	37
TABELA 7. Distribuição do número de usuários quanto à escolaridade e orientação comunitária	38
TABELA 8. Conhecimento do usuário sobre o que é e como funciona o conselho local de saúde de acordo com a faixa etária	39
TABELA 9. Participação e conhecimento dos usuários sobre o conselho local de saúde de acordo com a escolaridade	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa das Equipes de SF da Regional Centro Norte de Teresina	29
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1.1 A Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família e o Controle Social no Brasil	12
1.2 Os atributos da Atenção Primária à Saúde e o significado da Orientação Familiar e Comunitária na Estratégia Saúde da Família	18
1.3 A avaliação da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família: um processo contínuo	21
1.4 Primary Care Assessment Tool como instrumento de avaliação da APS	25
2 OBJETIVOS	27
3 METODOLOGIA	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Local e período do estudo	28
3.3 População do estudo	28
3.4 Amostra da população	30
3.5 Coleta de dados	31
3.6 Análise dos dados	32
3.7 Aspectos éticos	32
4 RESULTADOS	33
5 DISCUSSÃO	41
6 CONCLUSÕES	48
7 REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	59
ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

No Brasil, durante décadas o sistema de saúde foi pautado no modelo hegemônico, hospitalocêntrico, centrado na imagem do profissional médico, entretanto com a migração da economia do polo rural para o industrial na década de 60, surgiu a necessidade da proposta da participação social e descentralização do sistema de saúde, manifestada principalmente na 3ª Conferência Nacional de Saúde (DUNCAN, 2004). Esse modelo médico-assistencial privatista perdurou até o fim da década de 70, quando entrou em decadência com a crise do estado autoritário.

Após a década de 70 e início dos anos 80, o país seguiu embalado pelo desejo de mudanças com o avanço das lutas democráticas dentro das universidades e de sua participação no movimento popular pela Reforma Sanitária (DUNCAN, 2004).

A pedra angular na construção da proposta de atenção primária à saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata, no ano de 1978. A atenção primária em saúde passou a ser a estratégia para alcançar a finalidade de Saúde para Todos no Ano 2000, definida pela Assembleia Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1977, encarregando-se da cobertura dos serviços básicos de saúde baseado em sistemas simplificados de assistência à saúde (CALVO, HENRIQUE, 2008).

Com o advento da Constituição em 1988 e a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, foi fundamentado um arcabouço jurídico bem evoluído, contemplando as diretrizes e a base legal do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

No Brasil, a participação social na saúde foi implantada com a criação do SUS, objetivando a regulamentação do controle social com a participação popular junto ao Estado na tomada de decisões políticas sobre as necessidades de saúde das comunidades.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação social no SUS, define como deve ser estruturado o Conselho de Saúde que paritariamente deve ser composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde de acordo com sua instância, além do controle dos aspectos econômicos e financeiros. Essa mesma lei regulamenta as Conferências de Saúde como eventos que devem ser realizados a cada quatro

anos para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação (BRASIL, 1990).

O Conselho Local de Saúde é o espaço de participação mais próximo da comunidade e é o primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar. A partir da manifestação das necessidades dos usuários no CLS, pode-se chegar aos outros níveis de participação que são deliberativos da política de saúde, no caso os Conselhos Municipais de Saúde, realizando, dessa forma aproximações com a representação do povo e uma democracia representativa vinculada às suas bases sociais (SOUZA, 2010).

A participação da comunidade no sistema público de saúde é exigida por lei, contudo a implementação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) tem sido desafiador, apesar do Brasil contar com mais de 5000 CLS, estes apresentam problemas de autonomia, organização e desempenho (MOREIRA, 2009).

Apesar da importância dada à participação social, ainda há dificuldade em seu estabelecimento, seja nas instâncias formais, nas comunidades ou junto aos trabalhadores de saúde (CAMARGO-BORGES, 2009). Isso acontece devido à falta de formação profissional voltada para a valorização do saber popular e do respeito ao cliente como sujeito capaz de opinar pelo seu corpo, além da ausência histórica dos indivíduos, enquanto cidadãos participantes do processo político que envolve as ações de políticas públicas de saúde no Brasil.

No contexto, da Estratégia Saúde da Família, os CLS, emergem enquanto dispositivos de participação, mobilizando os atores sociais para atuarem na formulação de propostas para a fiscalização da execução das políticas públicas na saúde (COSSETIN, 2011, p.496).

Durante décadas o Brasil vem tentando incorporar à participação social nas atividades da saúde, mas ainda não obteve o êxito necessário, porém o que significa a palavra participação?

O significado de participação está ligado ao poder e a capacidade do(s) participante(s) em tomar parte de todo o processo, começando pelo diagnóstico da situação, do planejamento, implementação, acompanhamento e controle das ações de saúde pública (GRISOTTI, 2010).

Apesar das questões de participação social terem alavancado, sobretudo a partir da década de 70, esse campo temático ainda vem revolucionando a sociedade e se tornando alvo para a análise e criação de políticas públicas que garantam os direitos fundamentais dos cidadãos (DURIGUETTO, 2009).

Os conselhos locais vêm merecendo destaque, favorecendo a participação da comunidade, especialmente por estarem próximos da população, localizados no espaço estratégico da Atenção Básica à Saúde (ABS). Instituir tais conselhos tem exigido dos sujeitos envolvidos habilidades para trabalhar em equipe (trabalhadores-gestores-usuários), pois a maior proximidade entre estes e os problemas do cotidiano ocasionam dificuldades no diálogo e conflitos de interesses, em que a instituição efetiva do conselho enquanto instância de controle social e interação serviço-comunidade torna-se um desafio. Ademais, é necessário acompanhar e qualificar as iniciativas locais de controle social, no sentido dos conselhos constituírem-se em espaços plurais para legitimação de outra concepção de saúde, de promoção do diálogo transdisciplinar e da afirmação do popular (CRUZ et al., 2012, p.1090).

A participação comunitária em saúde é um importante canal de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, pois, orienta a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade (COLEÇÃO PROGESTORES – SUS 20 anos – 2009).

Rocha (2008) mostra que a participação nos Conselhos Locais de Saúde, são insuficientes apesar dos relatos dos gestores dos municípios analisados afirmarem a existência dos CLS, poucos profissionais e usuários referem que há reuniões com a comunidade sobre temas de saúde ou de cidadania.

Ronzani (2008) ressalta que a não participação dos usuários às atividades extra-consulta, relaciona-se a não correspondência com as necessidades dos entrevistados ou de seus familiares. O PSF requer dos profissionais, entre outros atributos: atenção, comprometimento e sensibilidade, com o objetivo de alcançar as necessidades das pessoas, tornando-se capaz de produzir impactos sobre a saúde da mesma.

A criação do controle social dentro das unidades básicas de saúde torna-se relevante para a comunidade, pois amplificará a descentralização das decisões e a população poderá acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem realizadas pela ESF, contudo, não se pode delimitar a ele a elucidação de todos os problemas enfrentados na saúde (SORATTO, 2010).

Faz-se necessário que a população entenda o controle social como uma conquista, na qual os cidadãos organizados por meio do pensamento crítico possam analisar e buscar seu direito à saúde, num local que permita a construção e a melhoria dos serviços de saúde (MIELKE et al., 2012).

Segundo Lima (2012) os fóruns comunitários são espaços públicos edificados pela sociedade civil, representada pela comunidade e pelo Estado, por seus profissionais e por instituições parceiras. Esses fóruns tem a finalidade de estimular o agir e o

pensar crítico dos membros da comunidade, para solucionar os problemas de forma direitos. O controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder (ROLIM, 2013). A população é historicamente constituída dos "silenciados", quer seja pela injustiça, desigualdade ou exclusão social a que estão submetidos. Exercitar nesses a participação é uma prática que envolve aprendizagem e formação de habilidades para cuidar de si, da família e da comunidade. Acreditamos que assim ocorrerá a manutenção da mudança, quando os usuários desejarem e perceberem os benefícios desta para suas vidas (MACHADO et al., 2010, p.2140).

Os usuários deveriam ser ouvidos e convidados a participar das decisões, contudo, ainda há uma longa trajetória na área da saúde a percorrer em busca da integralidade do cuidado. Por isso, é interessante que o usuário/família conheça seus direitos e deveres e insira-se de maneira decisiva na elaboração de práticas através dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, pois a sua satisfação ou insatisfação deve ser valorizada e compreendida como um procedimento no sentido à qualificação da atenção à saúde (COIMBRA, 2011).

A academia precisa repensar a formação e perfil dos profissionais de saúde, pois, sem a colaboração e o incentivo dos mesmos na equipe da Estratégia Saúde da Família continuaremos na inércia de uma saúde de caráter curativista e com a ausência da participação social nas atividades programáticas da ESF, ferindo os princípios do SUS e com a permanência dos problemas crônicos e degenerativos que atingem à população que deveria estar incluída no processo de mudança da saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da Estratégia Saúde da Família (ESF). Através de portaria nº 648/ GM de 28 de março de 2006, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Starfield (2002) descreve as características da atenção primária à saúde que são: servir como porta de entrada no sistema de saúde; ter responsabilidade e cuidado continuado,

integralidade da atenção, capacidade de coordenar os cuidados às necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

A atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica deve perceber o sujeito singular e sua inserção sociocultural, procurando garantir a atenção integral (BRASIL, 2012).

O Brasil possui 35.242 equipes da Estratégia Saúde da Família cadastrada em todo território nacional, com uma estimativa de cobertura populacional de 109.341.094 brasileiros, destas equipes 13.787 estão distribuídas na região nordeste, sendo 1.135 equipes no Piauí e 241 equipes em Teresina (MS/SAS/DAB, 2013).

Ao implantar a Estratégia Saúde da Família (ESF) na década de 90, o Brasil inovou e avançou na formação de um modelo de Atenção Primária de alto custo-efetivo, fundamentado numa equipe básica, constituída por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e odontologia, agentes comunitários de saúde e, ainda, uma equipe interdisciplinar – NASF, para apoio e interface imediata, ampliando e amplificando a capacidade resolutiva (RODRIGUES, 2011).

No município de Teresina o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado a partir de 1991, segundo dados fornecidos pela Gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde (GEAB), inicialmente em áreas em que os indicadores de morbimortalidade suscitavam intervenção de saúde pública, sem fugir da realidade do restante do país este foi um programa de caráter transitório para o Programa Saúde da Família (GEAB, 2011).

Em outubro de 1997 foi implantado o PSF, no município de Teresina, com 19 equipes, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família em Teresina, conta atualmente com 241 equipes, sendo 219 na área urbana e 22 na zona rural, distribuídas entre às Coordenadorias Regionais de Saúde Centro-Norte com 06 ESF na zona rural e 72 na zona urbana, na Regional Sul com 05 ESF na zona rural e 75 na urbana e a Regional Leste-Sudeste com 11 ESF na zona rural e 72 na urbana (Sistema de Informação da Atenção Básica, 2012).

A história da saúde do município de Teresina nos últimos 15 anos foi marcada pela expansão da Estratégia Saúde da Família, o que permitiu à comunidade melhor acesso aos serviços de atenção primária à saúde nas diferentes áreas de atuação das equipes. Hoje os profissionais das Equipes de Saúde da Família encontram-se mais próximos da comunidade,

pois, antes da implantação do PSF, as pessoas tinham que se dirigir ao Ambulatório de especialidades médicas do Lineu Araújo ou para o Ambulatório Azul do Hospital Getúlio Vargas localizados no centro da cidade.

A Estratégia Saúde da Família permite aos profissionais, o planejamento e a implementação das ações em saúde, utilizando os dados epidemiológicos e os determinantes sociais para o diagnóstico do processo de adoecimento da comunidade adscrita (SAVASSI, 2011). Poderia aqui citar o instrumento de análise situacional elaborado pelos profissionais da ESF, baseado em dados do território, que permite o planejamento de ações sistematizadas, fundamentada em dados concretos e das necessidades reais da comunidade.

Assim, deve-se constituir como tarefa primordial do Programa Saúde da Família, as ações que clarifiquem os aspectos determinantes das condições de saúde e fortaleçam os indivíduos e comunidade para atuarem como sujeitos capazes de identificar os problemas e necessidades de saúde, participando ativamente na busca de soluções efetivas para os mesmos (MENDONÇA, 2007).

Na Estratégia Saúde da Família a atenção está focada na família, percebida através do seu ambiente físico e social, o que facilita a compreensão ampliada do processo saúde/doença e o diagnóstico de seus problemas mais expressivos, procurando-se soluções, seja na rede de serviços de saúde ou na sociedade em geral, através da intersetorialidade. Trata-se de um atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade (GUEDES, 2011).

A Estratégia Saúde da Família tornar-se-á efetiva como porta de entrada, a partir de um planejamento articulado de atendimento a demanda espontânea e programada. O acolhimento e o apoio matricial podem colaborar na organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF, coordenando o cuidado e aumentando a resolutividade de saúde da população assistida (ALMEIDA, 2011).

Percebe-se então, que há uma necessidade de mudança na assistência prestada aos usuários da ESF, no sentido de haver uma relação de vínculo entre profissionais e usuários, tornando a prática assistencial médico – curativo numa prática centrada no usuário, com a finalidade de melhorar a satisfação e resolutividade da clientela acompanhada nos serviços da atenção básica (VIEGAS, 2013).

Para que isso ocorra é preciso que o PSF, priorize as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, além de ter claro para os profissionais e usuários, os princípios e diretrizes do programa, a fim de efetivá-lo de forma justa, universal, equânime, democrática e resolutiva (GOMES, 2009).

É importante que a equipe de saúde, conheça o perfil e as necessidades da comunidade, na qual se encontra inserida, com o objetivo de que as propostas de preservação, manutenção e restauração da saúde possam ser edificadas de maneira oportuna e eficaz (GOULART, 2009).

Segundo Silva (2013, p.224) ainda são pouco exploradas as ações essenciais que elevam a ESF à condição de reorientadora do modelo como a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento e a avaliação, ou seja, aquelas focadas nas necessidades.

A necessidade de possuir vínculo efetivo entre usuários e profissionais da ESF, proporciona a equipe de saúde a elaboração de cuidados condizentes com a realidade de vida dos sujeitos doentes, facilitando assim, maior adesão ao tratamento proposto (MORAES, 2011).

Esse vínculo dos usuários com os serviços de saúde pode ser aferido pelo modo como a comunidade recebe informações importantes, transmitidas pelos profissionais e também na maneira de apreendê-las, usando essas informações no seu cotidiano (RIBEIRO, 2010).

Diante do exposto, verifica-se que a ESF pode e deve ser a porta de entrada para os serviços de atenção primária em saúde prestada aos usuários, contudo precisa organizar os processos de trabalho e garantir a participação popular como forma de integrar a equipe à comunidade, compartilhando saberes e práticas que garantam atendimento de qualidade de maneira integrada com as redes de atenção em saúde.

1.2 OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SIGNIFICADO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ESF

No marco da história da saúde pública brasileira, o que seriam os atributos da atenção primária à saúde, como eles apresentam-se preconizados de acordo com o trabalho das equipes da ESF, como deveriam ser desenvolvidos? – As respostas a esses questionamentos serão descritas de forma sucinta nesse capítulo.

De acordo com Starfield (2001) existem quatro atributos essenciais à atenção primária em saúde, são eles: **o primeiro contato**- acessibilidade, a **longitudinalidade**: continuação da atenção; **integralidade**: serviços ofertados aos usuários; a **coordenação da atenção**: continuidade do atendimento pelo mesmo profissional, além do conhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste no cuidado holístico do paciente.

Além dos atributos essenciais acima citados por Starfield (2001), existem os atributos derivados da APS entre eles: a **atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)** que avalia as necessidades individuais para a atenção integral devendo-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

As ferramentas de abordagem familiar são tecnologias de relação provenientes da Psicologia e da Sociologia, que objetivam promover o vínculo relacional entre profissionais e famílias, proporcionando o entendimento mais aprofundado do sujeito e de suas relações com a família e comunidade (SILVEIRA, 2007).

Entre as ferramentas de abordagem familiar podemos citar: o genograma, o ecomapa, o FIRO, os ciclos de vida e o PRACTICE, todas elas facilitam o planejamento de trabalho dos profissionais da ESF, proporcionando o planejamento das ações em saúde apropriadas para aquele indivíduo, família ou comunidade.

Em seu artigo, sobre a percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro - Oeste do Brasil Van Stralen (2008, p.S153) refere que o enfoque familiar e à orientação comunitária, estão mais presentes nas equipes da saúde da família do que nos centros de saúde e trata-se de uma diferença significativa. Entretanto, chama a atenção o escore baixo dos usuários. Importante lembrar que os questionários privilegiam a atuação dos profissionais leia-se dos médicos, e não traduzem a atuação de agentes comunitários. Isso pode explicar o índice composto baixo dos usuários.

Com relação à **orientação comunitária**, Starfield (2001) define esse atributo como sendo o reconhecimento por parte do serviço das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

Para realizar a orientação comunitária na ESF, os profissionais precisam ter uma conexão entre as diversas redes de apoio como: a medicina clínica, a epidemiologia e as ciências sociais, além da realização de pesquisas e participação dos usuários nos serviços em busca da caracterização da comunidade, conhecimento dos problemas de saúde da população, adaptação dos programas a partir nas necessidades dos indivíduos e avaliação das mudanças cabíveis (NOGUEIRA, 2011).

De acordo com Santos (2012, p.591) a dimensão das políticas específicas da atenção primária apresentou os piores resultados, indicando baixa participação da comunidade nas

decisões em saúde e falta e elaboração de projetos específicos baseados nas necessidades da população.

Ainda relacionado aos atributos derivados da APS, tem-se a **competência cultural** que é a adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. Não foram encontrados artigos que relatassem a competência cultural no âmbito da ESF.

As necessidades de saúde da comunidade podem ser acompanhadas através dos dados epidemiológicos fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos demais membros da equipe da ESF, a partir dos aplicativos dos sistemas de informação do Datasus (2014), como:

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que foi implantado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da ESF e foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e possui em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país.

O PNI (Programa Nacional de Imunizações) que permite o gerenciamento do processo de vacinação a partir do registro das vacinas administradas e do quantitativo populacional vacinado, que são consolidados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de vacinas necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

O SISCAM (Sistema de Informações do Câncer da Mulher) objetiva dar suporte ao controle de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Registra os dados de identificação da mulher e os laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos.

O HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos): destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

O SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento da Gestante) visa o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS.

No âmbito da ESF o contato direto com a comunidade pode ser realizado através da visita domiciliar (VD) que é um instrumento usado pela equipe para facilitar a compreensão do sujeito enquanto parte de uma família/comunidade, com todos os entraves sociais a que

está vinculado, esse aspecto proporciona o planejamento de ações estratégicas a partir da real necessidade do sujeito (CRUZ, 2010).

Quanto ao planejamento e a avaliação conjunta dos membros da ESF em parceria com a comunidade não foi encontrado nenhum artigo que tratasse do tema, isso mostra ainda uma saúde que apresenta uma estratégia fragilizada, na qual usuários não participam de forma permanente e decisória no processo saúde doença.

A ESF possui em seu domínio várias ferramentas que podem facilitar o planejamento das ações em saúde, com a finalidade de melhorar os indicadores de morbimortalidade do país, contudo para que isso aconteça é necessária à integração entre os vários setores da saúde e da comunidade.

Precisa-se com urgência ativar os movimentos populares e estimular a participação ativa e proativa dos sujeitos, respeitando suas individualidades e principalmente sua cultura, propiciando também momentos de avaliação cotidiana das ações prestadas a esses usuários. Falando do assunto, avaliação nos serviços de saúde, vamos ver como ela acontece no próximo capítulo.

1.3 A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROCESSO CONTÍNUO

A avaliação é uma atividade tão antiga quanto o mundo, faz parte do processo de aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Após a Segunda Guerra Mundial surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos. Nessa época, o Estado passou a substituir o mercado, e os economistas criaram formas para avaliar as vantagens e custos dos programas públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Durante a década de 70 houve a necessidade de avaliar as ações sanitárias, devido ao crescimento da economia e do papel do Estado no financiamento e controle dos serviços de saúde. Desde então, países como Estados Unidos, Canadá e França desenvolveram mecanismos para avaliar as novas tecnologias (CHAMPAGNE, 1997, p. 42).

Segundo Brousselle et al (2011) avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores

envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Contandriopoulos e cols.(1997, p. 32) afirmam que a avaliação apresenta objetivos de natureza variadas e dicotômicas entre si, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes aceitos por todos os atores envolvidos ou somente por alguns.

Contandriopoulos et al. (1997, p.34) relata que os objetivos oficiais da avaliação são: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); utilizar os processos da avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental).

Conforme Sancho (2012, p. 771), a avaliação, assumida enquanto um sistema de feedback, tem como objetivo fundamental “a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimora as teorias e, por outro, fornece subsídios às intervenções”.

Após a implantação do PSF em 1994, houve uma crescente necessidade de avaliação dos serviços da APS no Brasil e vários instrumentos foram formulados e aplicados, com o intuito de avaliar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Entre os instrumentos de avaliação aplicados podemos citar:

O AMQ (Questionário de Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF), lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde (MS) ofertando aos gestores municipais uma ferramenta de autoavaliação e gestão da qualidade da ESF, baseado no modelo proposto por Donabedian na teoria dos sistemas em que considera os elementos do **processo, estrutura e resultado** na avaliação dos serviços da APS (BRASIL, 2009).

Em 2010, o MS implantou o PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), instrumento de resposta rápida para avaliação da estrutura e processo dos serviços, na busca da qualidade para o planejamento das ações da APS (PRETTO, 2012).

No ano de 2012, o MS lançou mais dois instrumentos, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços da APS, são eles:

A AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), caracterizado por buscar as melhorias dos princípios do SUS e de institucionalização da cultura de avaliação da AB (BRASIL, 2012b).

O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), o qual utiliza a avaliação como método permanente para tomada de decisão na melhoria das ações de saúde nacional, de forma a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012a). Esse instrumento já foi aplicado em vários municípios brasileiros, inclusive em Teresina-PI, que no ano passado implantou o PMAQ em algumas equipes de suas regionais de saúde. O primeiro momento de avaliação das equipes da ESF em Teresina se deu no mês de janeiro de 2014, envolvendo profissionais, gestão e usuários, porém até a presente data ainda não foi obtido um feedback desses questionários.

No Brasil, foi elaborado o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess). De acordo com esse projeto, o foco da avaliação incide sobre o desempenho dos serviços de saúde que, por sua vez, depende da estrutura do sistema, cuja arquitetura e funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento às necessidades de saúde, reconhecendo que elas são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos (PROADESS, 2012, p.17).

A avaliação deveria fazer parte do processo diário do SUS nas mais diferentes instâncias, propiciando a experiência do novo, no cuidar e gerir. A necessidade de construir uma cultura de avaliação em todo SUS é urgente para descobrir, mudar (ou manter) acesso, qualidade, acolhimento, linhas de cuidado, relações de trabalho, gestão e financiamento (MAGLUTA, 2011).

A avaliação de serviços de saúde é um campo de saber e de prática que possibilita a oferta de diretrizes e escolhas para o processo de planejamento, podendo favorecer o controle técnico e social dos serviços prestados à sociedade (MISHIMA, 2010).

As propostas de inovação nos novos modelos de avaliação vêm ao encontro de uma mudança na realidade dos serviços de saúde brasileiros, que é o PSF. Levam consigo uma perspectiva inovadora de atenção, fundamentada em princípios como acolhimento, cuidado e humanização e que coloca o usuário, a família e a comunidade como o foco de sua ação (COSTA, 2008).

A avaliação dentro do PSF deve ser problematizada, discutida e institucionalizada, através de estudos acadêmicos ou pesquisas, e também como parte do trabalho da equipe multidisciplinar (LENTSKY et al., 2010).

A ESF necessita de processos estruturados de avaliação, pois, algumas dimensões como: atenção à saúde, gestão, impacto epidemiológico e participação social, deve estar incorporada ao compromisso ético, humano e social com as famílias assistidas pelos profissionais da equipe em seu cotidiano (SOUSA et al., 2009).

Nesse aspecto deve-se considerar a avaliação de satisfação dos usuários, com a finalidade de captar cada percepção, cada sentimento, evitando os vieses que levam a alta satisfação. (SANTIAGO, 2010).

A participação do usuário na avaliação tem sido valorizada por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado e por estar associada à maior adequação no uso do serviço (MOIMAZ, 2010).

Conforme Ribeiro et al. (2010) a visão dos usuários sobre os profissionais da ESF é de grande relevância, visto que, favorece na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também adequar o serviço às expectativas da população assistida.

As avaliações da satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde podem atuar para a edificação de uma nova óptica do cuidado que, além de avaliar as atividades desses serviços, possa fortalecer o controle social e a inclusão dos usuários nos processos de planejamento, colaborando na construção de parcerias entre serviços de saúde e usuários, afim de buscar a resolução dos problemas no cotidiano dos serviços, proporcionando avanços na produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde (BRANDÃO, 2013).

A avaliação da gestão de serviços de saúde tem um compromisso com a melhoria da qualidade de atenção à população e, por isso, coloca-se como um dos mecanismos mais importantes para o aprimoramento do SUS (TANAKA e cols., 2012).

Assim, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões de maneira racional aos problemas enfrentados pela comunidade e pelos serviços de saúde.

É essencial que os membros das equipes de saúde da família, percebam que o trabalho ofertado aos usuários nas unidades de atenção básica, deve ser algo que precisa ter qualidade e planejamento das ações de acordo com a necessidade da população, objetivando fornecer aos indivíduos soluções satisfatórias, não apenas nas questões de natureza biológica, mas antes de tudo psicossocial. Pensando nesse sentido, precisam-se incorporar os processos avaliativos como prática cotidiana na Estratégia Saúde da Família, mobilizando comunidade, profissionais e as redes de atenção em saúde na busca do bem-estar comum.

1.4 PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O trabalho como enfermeira assistencialista da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina há 9 anos e preceptora do estágio curricular II na prática de saúde comunitária, para Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho me fez pensar sobre as várias falas dos usuários dos nossos serviços, queixando-se constantemente que em algumas equipes eles não participam ativamente do processo saúde doença e que muitas vezes os profissionais médico e enfermeiro não têm vínculo de conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, não escutam as opiniões e sugestões dos usuários sobre aspectos que seriam relevantes e que poderiam ajudar na melhoria dos serviços e da assistência prestada a comunidade.

Foi a partir desse contexto que surgiu a necessidade de implantar e implementar, um instrumento dentro do processo avaliativo que pudesse provocar mudanças em situações indesejáveis para os usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família, com o propósito de aprofundar em um tema de natureza relevante no que se refere a orientação familiar e comunitária na Estratégia Saúde da Família.

Apesar das crescentes pesquisas na literatura brasileira e internacional nos últimos 10 anos sobre a avaliação dos usuários adultos da ESF, percebe-se que o foco das mesmas, é centrado na satisfação dos usuários sobre os serviços ofertados, contudo os atributos derivados da APS (orientação familiar e comunitária) apresentam resultados pouco satisfatórios, isso me estimulou a analisar como seria interessante pesquisar a opinião dos usuários nas unidades básicas da ESF na Regional Norte de Teresina-PI, comparando com estudos realizados em outros locais de forma a buscar resolução para esses problemas e tentar melhorar o elo entre comunidade e membros das equipes, fortalecendo as ações de saúde prestadas na Atenção Primária à Saúde.

Em uma revisão de literatura realizada por Lévesque (2012) sobre as ferramentas que avaliam os atributos da APS a partir da perspectiva do usuário, algumas merecem destaque por aparecerem como melhor cobertura, entre elas encontra-se o PCATool que afere itens como: a abrangência dos serviços, o cuidado centrado na família e a orientação comunitária.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool*), apresenta versões autoaplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde e ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*

(PCPC), o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS.

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo avalia os aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Esse instrumento foi escolhido para ser usado nessa pesquisa devido a sua importância como ferramenta para mensurar as interações no contexto da APS no Brasil. O PCATool permite o preenchimento de lacunas, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, ao que nos interessa nesse estudo, o processo de atenção em APS (BRASIL, 2010).

O PCATool foi adaptado por Macinko et al. para o Brasil, com o desenvolvimento de quatro versões, respectivamente para gestores, profissionais, usuários e acompanhantes de crianças ou pessoas incapacitadas, e com algumas modificações. A versão brasileira do instrumento possui 8 dimensões: acessibilidade, porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional (BRASIL, 2010).

Em revisão sistemática atual, o PCATool foi apresentado como instrumento que obteve melhor desempenho na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde e na potencialidade de aferir aspectos de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

O PCATool-Brasil permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Avaliar a orientação familiar e comunitária na Estratégia Saúde da Família dos Centros de Saúde da zona urbana da Regional Centro-Norte de Teresina - PI.

2.2 Específicos

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família da Regional Norte de Teresina.
- ✓ Avaliar a orientação familiar e comunitária a partir do enfermeiro e / ou médico na Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário adulto nos Centros de Saúde da regional Norte.
- ✓ Compreender como ocorre a participação efetiva dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde da regional Norte.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa, sobre a Avaliação do usuário adulto acerca da Orientação familiar e comunitária que lhes são prestadas na Estratégia Saúde da Família.

O estudo transversal caracteriza-se pela coleta de dados em um período específico de tempo. São feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais, em determinado momento (SIMÕES, 2012,p.14).

Segundo Prodanov (2013, p.52) nas pesquisas descritivas os fatos são observados, registrados, analisados e interpretados, sem a interferência do pesquisador sobre eles, ou seja, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

De acordo com Kauark et. al (2010, p.26) a pesquisa quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-la e analisá-la. Requer o uso de recursos e técnicas estatísticas.

3.2 Local e período do estudo

Teresina foi a segunda capital do Piauí constituída em 1852, no lugar de Oeiras. A ideia do Conselheiro José Antônio Saraiva de eleger a cidade como capital foi repudiada pelos Oeirenses por muitos anos, e somente depois de muitos convencimentos e justificativas ela começou a ser erguida. Sua origem está ligada ao rio Poti que deu nome à vila que passou a se chamar Teresina em homenagem a D. Teresa Cristina, esposa de D. Pedro II.

A cidade de Teresina possui uma população estimada de 814.230 habitantes conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Teresina fica localizada na região Centro-Norte do Piauí e tem como característica forte as árvores frondosas, e por causa delas Teresina ganhou o título de cidade verde. É a primeira capital planejada do país, a única capital do nordeste fora do litoral, a mais quente do país e a terceira com maior incidência de raios no mundo.

Com uma latitude de 5°5'20 ao sul e longitude de 42°48'07 ao oeste, localiza-se

próximo à divisa com o Maranhão, ao oeste do estado, em uma altitude de 72 metros, em média. Teresina é separada da cidade de Timon (Maranhão) pelo Rio Parnaíba.

A parte central da cidade está situada entre o Rio Parnaíba e o Rio Poti, pertencentes à bacia hidrográfica do Rio Parnaíba. Por essa característica, há quem chame a capital piauiense de Mesopotâmia do Nordeste.

Na zona norte da cidade, os dois rios se unem e transformam-se em um só leito em direção ao Oceano Atlântico. No lugar há um parque ambiental, com mirantes, para que a paisagem possa ser apreciada bem de perto. Lá também é possível encontrar algumas peças de cerâmica do rico artesanato de Teresina e um monumento que ilustra a lenda do Cabeça de Cuia, personagem do folclore local.

O estudo foi realizado em Teresina – PI, nos 20 Centros de Saúde da área urbana que compõem a Regional Norte de Teresina, compostos por 72 Equipes de Saúde da Família. A Regional Norte foi escolhida por ser o local de trabalho e de preceptoria do estágio Curricular II em Saúde da Família da mestranda, além de ter equipes que estão implantadas há mais de 19 anos nesse local. O período do estudo dar-se-á durante os meses de janeiro de 2013 a abril de 2014.

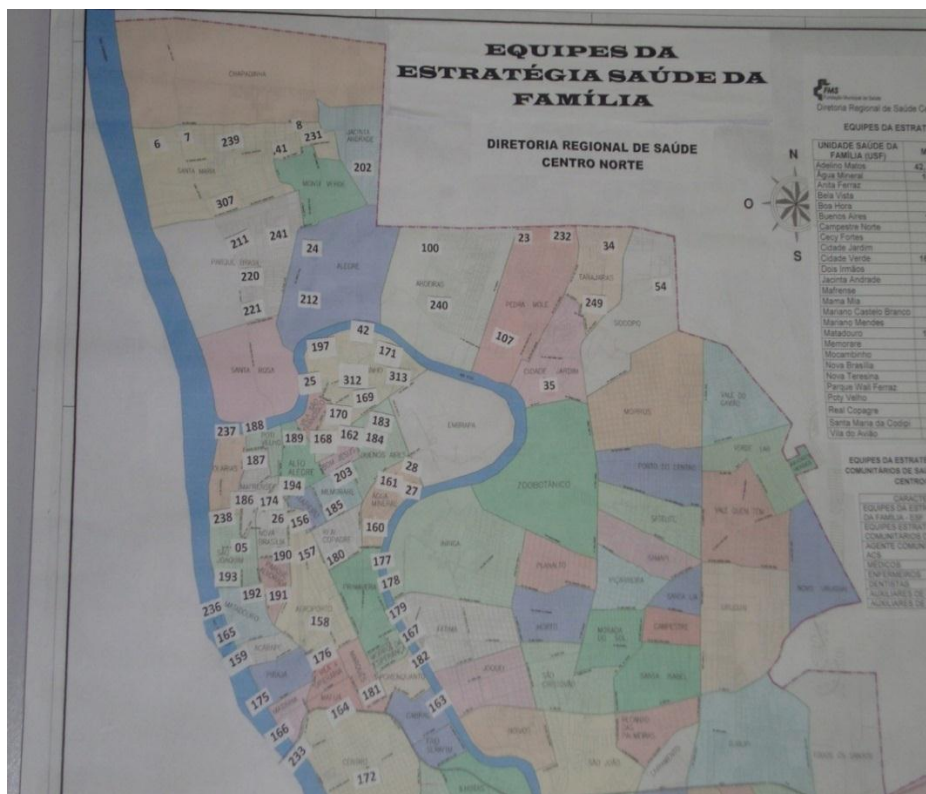


Figura 1. Fonte: Diretoria Regional de Saúde Centro Norte de Teresina – PI. 2014.

3.3 População do estudo

Segundo dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica -2012), Teresina possui uma população geral de adultos na faixa etária de 19 a 59 anos de idade de cerca de 525.081 habitantes, destes 145.292 residem na zona urbana da Regional Centro Norte, sendo 79.321 do sexo feminino e 65.971 do sexo masculino. Essa população possui atualmente uma cobertura de 85% da Estratégia Saúde da Família.

3.4 Amostra da população

Foi calculada através da formulação para populações infinitas, de acordo com a fórmula abaixo, que resultou em uma média de aplicação de 384 questionários, com erro amostral de 5% e margem de 95% de acerto probabilístico. Foi entrevistado uma média de 19 sujeitos, em cada Centro de Saúde que compõe a área urbana da Regional Centro-Norte de Teresina-PI, incluindo o Centro de Saúde Poty Velho.

$$n_0 = \frac{z_{5\%}^2 \times P \times Q}{e^2}$$

$$N = \frac{1,96 \times 50 \times 50}{5^2} = 384$$

Os critérios de inclusão para participação dos indivíduos na pesquisa foram: ter idade entre 19 e 59 anos, clientes de ambos os sexos, ser usuário das ações promovidas pela Estratégia Saúde da Família nos Centros de saúde da zona urbana da Regional Centro Norte há cerca de dois anos, além de aceitar a participação na pesquisa para responder o questionário que será aplicado; foram critérios de exclusão os sujeitos usuários de outros serviços de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os que não estão na faixa etária do estudo, os que no momento da entrevista não apresentavam condições emocionais para respondê-la e aqueles que não quisessem participar da pesquisa.

3.5 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde da Regional Centro Norte de Teresina, foi realizado contato prévio com a gestão e profissionais, conforme documento do Anexo A.

Para coleta de dados foram utilizados questionários do perfil sociodemográfico dos usuários participantes da pesquisa, além de parte do instrumento elaborado e validado no Brasil, por Harzheim et AL., denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão adulto (PCATool adulto), que afere a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária, destes serão abordados nesse projeto de pesquisa à **orientação familiar e comunitária**.

Nas perguntas sobre orientação familiar, os usuários serão questionados sobre os tratamentos e cuidados ofertados aos mesmos e aos seus familiares, pelos profissionais da ESF, além de questões relacionadas ao conhecimento sobre as doenças comuns que podem ocorrer e a situação do vínculo desses profissionais com os usuários e membros da família.

No tocante a orientação comunitária as perguntas se direcionam as questões sobre as visitas domiciliares, o conhecimento dos problemas comuns da vizinhança, as opiniões da comunidade de como melhorar os serviços de saúde e se os mesmos são convidados pelos profissionais para participar das reuniões do Conselho Local de Saúde.

As respostas serão do tipo likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, às quais foram atribuídos valores numéricos: com certeza, sim = 4; Provavelmente, sim = 3; Provavelmente, não = 2; Com certeza, não = 1; não sei / não lembro = 9.

Durante a coleta de dados, contei com a colaboração de acadêmicos da Graduação do curso de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho, que fazem estágio curricular II, em Saúde da Família no Centro de Saúde Poty Velho, local de trabalho, pesquisa e ensino da mestrandia. Os acadêmicos foram previamente recrutados como pesquisadores através de uma capacitação com uma carga horária de 8 horas e durante esse momento foi explanado os objetivos, o campo da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados a ser utilizado, como também foi aberto o espaço para retirada de possíveis dúvidas sobre a aplicação do instrumento.

Uma vez por semana, nos reuníamos para receber os questionários e avaliar o desenvolvimento e dificuldades no campo da pesquisa.

Antes da coleta de dados foi aplicado um pré-teste do instrumento de pesquisa com 35 usuários nas unidades da ESF que não estavam incluídas no presente estudo, para avaliar a

compreensão das questões do instrumento e realizar possíveis ajustes, dentro dos critérios de inclusão acima descritos, o tempo médio de resposta do questionário para cada usuário foi de 20 minutos.

A coleta de dados aconteceu nas salas de espera das unidades básicas de saúde da Estratégia Saúde da Família da Regional Norte de Teresina-PI, nos momentos em que os usuários aguardavam pelas consultas médicas e de enfermagem, durante os meses de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014.

3.6 Análise de dados

Semanalmente os resultados dos questionários foram repassados para uma planilha do EXCEL e no final da coleta de dados foi enviado para análise e apreciação do estatístico. A análise dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Para melhor compreensão os resultados foram organizados em tabelas. As associações entre as variáveis orientação familiar e comunitária prestada pelos profissionais e o conhecimento do que seja conselho local de saúde, segundo as variáveis sociodemográficas dos usuários foram realizadas pelo teste quiquadrado. Foi fixado o nível de significância para as análises inferenciais.

3.7 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases desse estudo, em consonância com o que preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o número da CAAE: 21805413.5.0000.5054.

4 RESULTADOS

**Tabela 1 Perfil sócio demográfico dos usuários.
Teresina (PI), dezembro 2013 a fevereiro 2014.**

Variável		Nº	%
Gênero (n= 384)	Masculino	45	11,7
	Feminino	339	88,3
Faixa etária (n= 384)	19 - 29	121	31,5
	30 - 39	106	27,6
	40 - 49	83	21,6
	50 - 59	74	19,3
Escolaridade (n=384)	Analfabeto	20	5,2
	Ensino fund. Incompleto	110	28,6
	Ensino fund. Completo	48	12,5
	Ensino Médio incompleto	57	14,8
	Ensino Médio completo	123	32,2
	Superior Incompleto	17	4,4
	Superior Completo	9	2,3
Estado civil (n=384)	Casado	212	55,2
	Não casado	172	44,8
Religião (n=384)	Católico	302	78,6
	Não católico	77	20,1
	Sem religião	5	1,3
Ocupação (n=384)	Trabalha	153	39,8
	Desempregado	89	23,2
	Pensionista / Aposentado	21	5,5
	Bolsa família	116	30,2
	Outros	5	1,3
Renda familiar (n=383)	Menos de 1 salário	87	22,7
	1 a 2 salários	237	61,9
	3 a 5 salários	56	14,6
	Mais de 5 salários	3	,8
Nº de pessoas que vivem Com a renda familiar (n=384)	1 a 2	59	15,4
	3 a 4	200	52,1
	Mais de 4	125	32,5

Quanto à caracterização dos usuários adultos que fizeram parte da pesquisa, entre os 384 entrevistados nos 20 Centros de Saúde da Regional Norte de Teresina-PI, a maioria 88,3% são mulheres e a faixa etária predominante foi de 19-29 anos 31,5%.

No campo escolaridade há predomínio do ensino médio completo com 32,2% , em relação ao estado civil 55,2% são casados e a religião predominante ainda é a Católica 78,6% .

No tocante à ocupação 39,8% trabalham e 30,2% vivem com a renda do programa bolsa família.

Com relação à renda familiar a maioria dos entrevistados ganha de 1 a 2 salários mínimos 61,9% e quanto ao número de pessoas que vivem com a renda familiar a variação predominante foi de 3 a 4 pessoas 52,1%.

Tabela 2. Distribuição do número de usuários quanto à orientação familiar prestada pelos profissionais. Teresina (PI), Dez. 2013 à Fev. 2014.

Variável	Profissional				p
	Médico		Enfermeiro		
	Nº	%	Nº	%	
Indagação sobre ideias e opiniões no planejamento do tratamento e cuidado					0,001
Com certeza não	69	33,2	40	22,8	
Com certeza sim	139	66,8	135	77,2	
Indagação sobre problemas de saúde na família					0,017⁽¹⁾
Com certeza não	62	29,8	30	17,2	
Com certeza sim	146	70,2	145	82,8	
Reunião com os membros da família se necessário					<0,0001
Com certeza não	75	37,8	29	16,9	
Com certeza sim	123	62,2	143	83,1	

p de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton

No que diz respeito à tabela 2 acima, a orientação familiar sobre ideias e opiniões no planejamento prestado pelos enfermeiros foi superior (77,2%) à prestada pelos médicos (66,8%) (p= 0,0001). O mesmo aconteceu quanto a à indagação dos problemas de saúde na família, enfermeiros 82,8% e médicos 70,2% (p=0,017) e quanto a reunião com os membros da família: enfermeiros 81,7% e médicos 50%.

Tabela 3. Distribuição dos usuários quanto à faixa etária e a orientação familiar. Teresina (PI), Dez. 2013 à Fev. 2014.

Variável	IDADE				p	
	19 - 29		30 ou +			
	Nº	%	Nº	%		
Indagação sobre ideias e opiniões no planejamento do tratamento e cuidado						
Com certeza não	33		27,9	75	28,4	0,929
Com certeza sim	85	72		189	71,5	
Indagação sobre problemas de saúde na família						
Com certeza não	31	26,3		61	23,1	
Com certeza sim	87	73,7		203	76,9	
Reunião com os membros da família se necessário						
Com certeza não	38	33,3		66	25,9	0,141
Com certeza sim	76	66,6		189	74,2	

p de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton

A tabela 3 evidenciou que a indagação sobre ideias e opiniões no planejamento do tratamento e cuidado ($p=0,929$), perguntas sobre problemas de saúde na família ($p=0,503$) e reunião com os membros da família se necessário ($p=0,141$) não estiveram associados com a idade.

Tabela 4. Distribuição dos usuários quanto à escolaridade e a orientação familiar. Teresina (PI), Dez. 2013 à Fev. 2014.

Variável	ESCOLARIDADE				p	
	Não alfabetizados		Alfabetizados			
	Nº	%	Nº	%		
Indagação sobre ideias e opiniões no planejamento do tratamento e cuidado						
Com certeza não	5		25	104	28,7	0,724
Com certeza sim	15	75		259	71,3	
Indagação sobre problemas de saúde na família						
Com certeza não	6	30		86	23,7	
Com certeza sim	14	70		277	76,3	
Reunião com os membros da família se necessário						
Com certeza não	5	26,3		99	28,2	0,858
Com certeza sim	14	73,7		252	71,8	

p de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton

A tabela 4 mostrou que a indagação sobre ideias e opiniões no planejamento do tratamento e cuidado ($p=0,724$), perguntas sobre problemas de saúde na família ($p=0,520$) e reunião com os membros da família se necessário ($p=0,858$) não estiveram associados com a escolaridade.

Tabela 5. Distribuição do número de usuários quanto à orientação comunitária, prestada pelos profissionais. Teresina (PI), Dez. 2013 à Fev. 2014.

Variável	Profissional				p
	Médico		Enfermeiro		
	Nº	%	Nº	%	
Visitas domiciliares dos profissionais					0,071
Com certeza não	38	18,3	20	11,3	
Com certeza sim	166	79,8	149	84,7	
Conhece problemas de saúde importantes da vizinhança					<0,0001
Com certeza não	58	29,4	19	11,3	
Com certeza sim	139	70,6	149	88,7	
Ouve opiniões da comunidade para melhoria dos serviços de saúde					<0,0001
Com certeza não	82	42,7	39	23,6	
Com certeza sim	110	57,3	126	76,4	
Pesquisa de satisfação dos usuários com os serviços					0,052
Com certeza não	125	72,7	88	62,4	
Com certeza sim	47	27,3	53	37,6	
Pesquisa para identificação de problemas da comunidade					0,308
Com certeza não	117	70,9	93	65,5	
Com certeza sim	48	29,1	49	34,5	
Convida você e sua família para participação do CLS					0,752
Com certeza não	190	91,3	160	90,9	
Com certeza sim	7	3,4	7	3,9	

p de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton

De acordo com a tabela 5 acima, as visitas domiciliares prestadas pelos enfermeiros foi superior (84,7%) quando comparada a dos médicos (79,8%) ($p=0,071$). O mesmo aconteceu quanto aos problemas de saúde importantes na vizinhança, enfermeiros (88,7%) e médicos (79,8%) ($p<0,0001$).

Quanto à indagação de ouvir opiniões da comunidade para melhoria dos serviços de saúde, enfermeiros obtiveram (76,4%) e médicos (57,3%) ($p<0,0001$).

Com relação à pesquisa de satisfação dos usuários com os serviços os enfermeiros com (37,6%) obtiveram melhor avaliação que os médicos (27,3%) ($p=0,052$).

Na pesquisa para identificação de problemas da comunidade, o enfermeiro com (37,6%) permanece com avaliação superior ao médico com (27,3%) ($p= 0,308$).

No que compete ao convite dos profissionais para participação dos usuários no conselho local de saúde, tanto os profissionais enfermeiros (90,9%) quanto os médicos (91,3%) obtiveram avaliação insatisfatória ($p=0,752$).

Tabela 6. Distribuição do número de usuários quanto à faixa etária e a orientação comunitária. Teresina (PI), Dez. 2013 à Fev. 2014.

Variável	IDADE				p
	19-29		30 ou +		
	Nº	%	Nº	%	
Visitas domiciliares dos profissionais					0,978
Com certeza não	18	15,5	40	15,6	
Com certeza sim	98	84,5	216	84,4	
Conhece problemas de saúde importantes da vizinhança					0,893
Com certeza não	23	20,7	54	21,3	
Com certeza sim	88	79,3	199	78,7	
Ouve opiniões da comunidade para melhoria dos serviços de saúde					0,817
Com certeza não	38	34,9	83	33,6	
Com certeza sim	71	65,1	164	66,4	
Pesquisa de satisfação dos usuários com os serviços					0,435
Com certeza não	68	71,6	147	67,1	
Com certeza sim	27	28,4	72	32,9	
Pesquisa para identificação de problemas da comunidade					0,157
Com certeza não	71	72	139	69,6	
Com certeza sim	25	26	72	34,7	
Convida você e sua família para participação do CLS					0,427
Com certeza não	110	97,4	240	95,6	
Com certeza sim	3,0	2,6	11	4,4	

p de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton

A tabela 6 evidenciou que as visitas domiciliares dos profissionais para os usuários de 30 ou + (84,4%) e 19-29 (84,5%), o conhecimento dos problemas de saúde importantes da vizinha ($p=0,893$), a escuta de opiniões da comunidade para melhoria dos serviços ($p= 0,817$), a pesquisa de satisfação dos usuários com os serviços ($p= 0,435$), a pesquisa para identificação de problemas da comunidade ($p= 0,157$) e o convite para o usuário e familiares participarem do conselho local de saúde (0,427) não estiveram associados com a idade.

Tabela 7. Distribuição do número de usuários quanto à escolaridade e orientação comunitária. Teresina (PI), Dez. 2013 à Fev. 2014.

Variável	ESCOLARIDADE				p
	Não alfabetizado		Alfabetizado		
	Nº	%	Nº	%	
Visitas domiciliares dos profissionais					0,535
Com certeza não	2	10,5	56	15,9	
Com certeza sim	17	89,5	298	84,1	
Conhece problemas de saúde importantes da vizinhança					1,000
Com certeza não	4	21,1	73	21,1	
Com certeza sim	15	78,9	273	78,9	
Ouve opiniões da comunidade para melhoria dos serviços de saúde					0,826
Com certeza não	6	31,6	115	34,1	
Com certeza sim	13	68,5	223	65,9	
Pesquisa de satisfação dos usuários com os serviços					0,881
Com certeza não	12	66,7	203	68,4	
Com certeza sim	6	33,3	94	31,6	
Pesquisa para identificação de problemas da comunidade					0,559
Com certeza não	12	75	198	68	
Com certeza sim	4	25	93	32	
Convida você e sua família para participação do CLS					0,370
Com certeza não	19	100	331	96	
Com certeza sim	0	100	14	4	

p de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton

A tabela 7 mostrou que as visitas domiciliares dos profissionais para os usuários não alfabetizados (89,5%) e os alfabetizados (84,1%), o conhecimento dos problemas de saúde importantes da vizinha (p=1,000), a escuta de opiniões da comunidade para melhoria dos serviços (p= 0,826), a pesquisa de satisfação dos usuários com os serviços (p= 0,881), a pesquisa para identificação de problemas da comunidade (p= 0,559) e o convite para o usuário e familiares participarem do conselho local de saúde (0,370) não estiveram associados com a escolaridade.

Tabela 8. Conhecimento do usuário sobre o que é e como funciona o conselho local de saúde de acordo com a faixa etária. Teresina (PI) dez. 2013 a fev. 2014.

Variável	IDADE				p
	19-29		30 ou +		
	Nº	%	Nº	%	
Você sabe o q/ é o CLS					0,038
Sim	5	4,2%	28	10,6%	
Não	114	95,8%	236	89,4%	
Sabe como funciona o CLS					0,177
Uma vez por mês	0	,0%	4	1,5%	
Não sabe	119	100%	260	98,5%	

P de Qui- Quadrado; (1) de Fisher-Freeman-Halton

A tabela 8 evidenciou que de acordo com a idade (95,8%) dos usuários de 19-29 anos e (89,4%) de 30 anos ou mais não sabem que é o CLS.

Com relação ao funcionamento do CLS de acordo com a idade (100%) dos usuários de 19-29 anos e (98,5%) de 30 anos ou mais desconhecem esse funcionamento, percebe-se que não há associação desses dados de acordo com a idade.

Tabela 9. Participação e conhecimento dos usuários sobre o conselho local de saúde de acordo com a escolaridade. Teresina (PI) dez. 2013 a fev. 2014.

Variável	ANOS DE ESTUDO				p
	Não alfabetizado		Alfabetizado		
	Nº	%	Nº	%	
Participa do CLS					0,391
Sim	1	5,3%	8	2,2 %	
Não	18	94,7%	355	97,8%	
Sabe o q/ é o CLS					0,555
Sim	1	5%	32	8,8%	
Não	19	95,0%	332	91,2%	

P de Qui-Quadrado; (1) p de Fisher-Freeman-Halton.

De acordo com a escolaridade (94,7%) dos usuários não alfabetizados e (97,8%) dos alfabetizados não participam do CLS, (95%) dos usuários não alfabetizados e (91,2%) dos alfabetizados desconhecem o que é o CLS, percebe-se que não há associação entre os resultados acima com os anos de estudo.

5 DISCUSSÃO

O perfil retratado na amostra de usuários dos Centros de Saúde da Regional Norte é semelhante a aqueles de outros estudos de usuários da atenção primária. Segundo Brandão (2013) o gênero feminino utiliza com maior frequência os serviços ofertados pela ESF, isso pode estar relacionado aos ciclos de vida da mulher, que geralmente está nas UBS para fazer o acompanhamento do Pré-Natal, o rastreamento do câncer de colo uterino e mamas, a consulta dos filhos na puericultura e também como cuidadora de idosos.

A faixa etária predominante é de 19-29 anos 31,5%, quanto ao grau de escolaridade ainda há predomínio de usuários com ensino médio, a escolaridade não influenciou nos processos de participação dos cidadãos dentro das UBS como participantes ativos do controle social.

Pesquisas realizadas por Alencar (2011) e por Viana (2012) em seus estudos sobre avaliação dos usuários adultos, respectivamente nos municípios de São Luís-MA e Teresina-PI, mostram a prevalência do sexo feminino, a faixa etária média predominante de 20 a 29 anos, seguido da prevalência do ensino fundamental e médio, da religião católica e renda salarial predominante em torno de 1 a 2 salários mínimos, esses dados da literatura reforçam o que foi encontrado nessa pesquisa.

Estudo realizado por Sala (2011, p.955) com usuários adultos de unidades de APS localizadas nas regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo, relata que o **enfoque familiar** é a dimensão de análise que possui a maior proporção de questões com percentuais baixos de respostas positivas. Quando questionados se os profissionais abordam questões relativas às suas condições de vida, apenas 18% responderam positivamente ("sempre"), houve 44% de respostas positivas quando se trata de informação sobre doenças de outros membros da família. Apenas 26% dos usuários relataram que os profissionais de saúde sempre conhecem a sua família. No entanto, esse percentual é significativamente mais alto no PSF (32%) do que no modelo da Programação em Saúde (20%) ($p < 0,05$). Contraditoriamente, 75% dos usuários declararam que os profissionais do posto sempre fariam com sua família sobre seu estado de saúde, se solicitado.

Comparando o estudo realizado por Sala (2011) sobre o enfoque da orientação familiar, com o presente estudo, o município de Teresina- PI, foi avaliado pelos usuários de maneira satisfatória, o que demonstra que a APS em nossa cidade está seguindo os princípios preconizados pelo SUS procurando ofertar uma assistência de qualidade aos seus clientes.

No tocante à **orientação comunitária**, Sala (2011, p. 957) refere que somente 24% dos usuários sempre foram consultados pela unidade sobre se os serviços fornecidos atendem às suas necessidades de saúde. No entanto, 62% dos entrevistados declararam que os profissionais da unidade sempre conhecem os problemas de saúde da comunidade. Em relação às visitas domiciliares, 53% dos usuários relataram que os profissionais da unidade sempre realizam esse serviço. Nessa questão ocorreu diferença significativa das respostas segundo a modalidade de atenção. Os usuários do PSF responderam que os profissionais de sua unidade sempre fazem visita domiciliar em uma frequência de 71%, enquanto no modelo da Programação apenas 29% relataram que os profissionais sempre fazem visitas ($p < 0,05$).

Quando os profissionais da ESF conhecem os problemas de saúde presentes na vizinha dos usuários há nesse momento o estabelecimento da longitudinalidade do cuidado e do vínculo que implica na satisfação dos usuários ao usar os serviços de atenção primária à saúde para ter suas necessidades atendidas (BARATIERI, 2012).

Na pesquisa realizada por Alencar (2011, p. 356-357) sobre o **enfoque familiar e a orientação comunitária** com 883 usuários da ESF de São Luís - MA mostra que 59% dos usuários nunca foram questionados sobre suas ideias e opiniões acerca do seu tratamento, 35,4% nunca foram questionados sobre as doenças de familiares durante a consulta e 21,7% responderam que nunca havia possibilidade do profissional discutir problemas de saúde dos usuários. Quanto ao atributo **orientação comunitária** esses usuários responderam que 56,3% nunca foram consultados para saber se os serviços da UBS atendem os problemas de saúde dos usuários, 19,8% referem que os profissionais desconhecem os principais problemas da comunidade, 13,7% relataram que nunca foram convocados para participar das reuniões da UBS ou do CLS, 15% nunca receberam visitas domiciliares. Desses usuários adultos 15% disseram nunca ter recebido visita domiciliar dos profissionais: médico e enfermeiro, situação difícil de ser aceita, pois, a visita domiciliar faz parte das ações programáticas da atenção básica.

A visita domiciliar é um instrumento utilizado pelos profissionais da ESF que permite conhecer em loco as condições de vida e moradia dessas famílias, as relações familiares, que por sua vez, proporcionam aumento do vínculo do usuário com a equipe e permite a elaboração de um planejamento e a execução de ações, que objetivam o estímulo à promoção da saúde, prevenção de doenças e a realização da prática do autocuidado (CUNHA, 2013).

De acordo com Alencar (2011) os usuários avaliaram o atributo **orientação comunitária** com alto percentual de “não sabe”, como resposta ao questionamento sobre o convite da Secretaria Municipal de Saúde para a participação social em reuniões da direção da

Unidade de Saúde da Família (USF). Isso demonstra a falta de conhecimento e interação da comunidade nas ações realizadas na ESF, além de reforçar a supremacia arraigada dos profissionais de saúde em relação aos usuários.

Alencar (2011, p.357) refere que 56,3% dos usuários pesquisados, nunca foram indagados sobre a satisfação dos mesmos com os serviços de saúde oferecidos pelos profissionais da ESF e que 57,8% desses não souberam informar a existência de estímulo da secretaria municipal para a participação de representantes da comunidade em reuniões de direção da USF ou no conselho local de saúde esse achado reforça o que foi encontrado na atual pesquisa.

A pesquisa realizada por Alencar (2011) em seus resultados não difere muito do que foi encontrado no atual estudo, pois, o número de usuários encontrados por ele que nunca foram convidados para participar do CLS se aproxima da situação visualizada nas unidades básicas de saúde da Regional Norte de Teresina.

O percentual dos usuários que informaram não saber e não serem convidados para participar do Conselho Local de Saúde e a avaliação negativa de várias questões sobre os indicadores do atributo orientação comunitária, em ambos os estudos nos leva a refletir como a participação da comunidade é escassa nos processos de organização dos serviços da ESF e nos faz refletir sobre a reduzida participação da população nas atividades das UBS.

No estudo realizado por Pereira (2011) com usuários de uma UBS do Distrito Oeste de um município Paulista, evidenciou que dos cinco itens avaliados no **enfoque familiar**, somente dois foram classificados como bons. Os baixos escores dos itens “fatores de risco social discutido durante a consulta” 14,5%, “profissional pergunta as opiniões do cliente” 18,5% e “profissional conhece bem sua família” 23,3% indicam que as práticas de saúde exercidas ainda não valorizam aspectos desta natureza.

No que diz respeito à **orientação comunitária** Pereira (2011, p.53) dos itens que compõem esse atributo, três foram classificados como ruins e um como muito ruim. Apesar de termos dois itens classificados como bom: “colaboração intersetorial” 54,4% e “profissionais conhecem os problemas da comunidade” 53,2%, o baixo escore representado pelo IC deste atributo 38,3% sinaliza uma pequena participação da população nas decisões, e também, que esta não está presente em mecanismos de participação social. Isto fica evidente nos itens com menores escores: participação da comunidade nos conselhos de saúde 40,7%, visitas domiciliares 30,2%, e cliente informado sobre os serviços oferecidos 18,9%.

Pereira (2011, p.53) relata que os usuários responderam que as visitas domiciliares realizadas são em torno de 30,2%, índice considerado baixo para a ESF.

No atributo, orientação comunitária os usuários avaliaram como satisfatórias as visitas domiciliares, os conhecimentos dos problemas de saúde importantes na vizinhança realizadas pelos profissionais enfermeiro e médico, porém os itens que aferem a qualidade dos serviços como: satisfação das necessidades das pessoas, pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde e convite para participação no conselho local de saúde obteve índices insatisfatórios de acordo com os usuários do presente estudo.

As respostas acima respaldam os resultados positivos que foram encontrados na presente pesquisa quanto a alguns itens da orientação comunitária.

No artigo, **Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores**, Leão (2013, p.332) realizado com cuidadores de crianças de zero a dois anos no município de Montes Claros, Minas Gerais mostra que o escore do atributo da **orientação familiar** não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados, apesar de elevados escores de longitudinalidade. Destaca-se, porém que houve diferença estatística entre os escores dos serviços, e as equipes de saúde da família foram mais bem avaliadas em relação aos demais serviços, o que também foi confirmado em estudos semelhantes.

As principais áreas problemáticas encontradas por Schimizu (2012), na visão do usuário dos serviços da ESF em estudo realizado nas cidades satélites de Brasília foram: o enfoque familiar 1,73%, orientação comunitária 1,94%, o pouco conhecimento dos profissionais sobre as famílias dos usuários (1,83%). Nos itens que se referem aos profissionais conversarem com os usuários acerca dos problemas de saúde da família apenas 0,64% dos profissionais conheciam esses problemas, quanto aos pensamentos dos usuários sobre seu tratamento apenas 1,43% eram questionados nesse aspecto; com relação aos problemas mais prevalentes nas comunidades apenas 1,88% dos usuários responderam que foram questionados. Os profissionais mostram pouco interesse em conhecer as condições de vida dos usuários, infelizmente a abordagem mecanicista ainda é prevalente nos serviços de APS.

Sala (2011, p. 955), Alencar (2011, p.57) e Shimizu (2012) respectivamente mostram que ocorreram 44% de respostas positivas quando se trata de informação sobre doenças de membros da família, 35,4% nunca foram questionados sobre doenças familiares e apenas 0,64% dos profissionais conheciam os problemas comuns que podem ocorrer nas famílias dos usuários.

Contudo, os usuários da ESF desse estudo avaliaram de maneira positiva os profissionais médicos e enfermeiros da ESF nos itens que se referem ao enfoque familiar, em detrimento dos estudos e resultados apresentados pelos autores supracitados.

A melhor avaliação dos usuários com relação ao profissional enfermeiro na ESF, nesse estudo, pode estar atrelada a ótica dos usuários sobre o enfermeiro que na concepção dos mesmos exerce a função de cuidador, de responsável pela equipe, de acolhedor e substituto do médico. Esta realidade se justifica pela história da Enfermagem no Brasil, que teve influência do modelo Nightingaliano, que se caracterizava por uma atuação técnica hospitalar e que traz nas suas entranhas o paradigma complementar as ações do ato médico (LOPES, 2010).

Percebe-se que na orientação familiar, cada item avaliado depende muito do contexto, dos processos de trabalho e da forma como estão organizados os serviços de saúde e a comunidade, além do essencial, o perfil do profissional para trabalhar na atenção primária, o compromisso social de ter um olhar ampliado sobre os sujeitos, suas famílias e a comunidade.

Na análise realizada por Mosquera (2013) em seu artigo de investigação em seis localidades de Bogotá-Colômbia sobre o foco familiar e orientação para a comunidade, confirma os resultados preliminares da avaliação em uma localidade da cidade, que mostra essas dimensões com menor classificação. Isso poderia estar associado à fragmentação do sistema de saúde Colombiano e a formação profissional e técnica que tem como foco principal a abordagem curativa do indivíduo, deixando a desejar o enfoque dos atributos derivados da APS. .

No contexto da participação do usuário no SUS, em Teixeira, município de Minas Gerais, com usuários do programa hiperdia apenas 5,9% dos entrevistados tinham conhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde e sabiam o seu significado, mesmo que de forma incompleta e 4,4% relatam que seria importante a participação da população nas reuniões do conselho, contudo desacreditam na real possibilidade de os políticos, permitirem a participação popular na tomada de decisões das ações em saúde (MARTINS, 2011).

Resultados encontrados por Oliveira (2012) em seus estudos no município de Colombo-PR com cuidadores de crianças usando como instrumento de avaliação o PCATool, revelam que a participação da comunidade nos CLS em unidades com e sem a ESF, apresenta-se reduzida deduzindo assim, que a população desconhece tal espaço democrático dentro das unidades básicas de saúde.

Estudo realizado por residentes em Saúde da Família lotados em uma UBS de Londrina-PR mostraram as potencialidades da reativação dos CLS como: a construção de vínculos entre profissionais e usuários, o desenvolvimento de ações coletivas e o apoio da gestão local na implantação e reativação dos espaços que legitimam a participação popular garantida por lei. Dentro desse cenário, foram encontradas fragilidades como: a falta de crédito dos profissionais quanto à efetividade da participação popular para a melhoria da ABS

nessa UBS, apontando que as atuais condições de trabalho dos profissionais ainda são voltadas para o modelo curativista, o que interfere na realização de atividades educativas (GUILHERME et al., 2012, p.270).

Sabe-se que a participação social é um determinante primordial da democracia e que a mesma é uma conquista do povo brasileiro ao longo de vários anos e através de diversas lutas que marcaram a história em busca de uma saúde igualitária e universal para todos.

Como podemos observar, apesar de ser regulamentada pela Lei 8.142/90, a participação social no planejamento das ações nas três esferas do SUS, mais de 90% dos usuários desse estudo relataram que não sabem o que é o CLS, não participam do mesmo e ainda desconhecem o seu funcionamento, isso mostra a fragilidade dos serviços, a falta de cumprimento da lei e um grande desafio para torná-la autônoma e efetiva como deve ser.

Cotta (2008) em estudo realizado com hipertensos e diabéticos, no município de Teixeira-MG, afirma que a participação da comunidade nas atividades da ESF pode melhorar o vínculo, o bem-estar, o empoderamento e a libertação dos usuários, contudo percebe-se a ausência da integração entre gestão, usuários e profissionais na busca por um SUS de qualidade que possa gerar respostas satisfatórias as necessidades dos seus clientes.

Analisando a perspectiva dos pacientes de tuberculose sob as ações de orientação e participação comunitária em Ribeirão Preto – SP, usando o PCATOOL adaptado e validado no Brasil, para a atenção a TB aplicado a 100 pacientes, Curto et al., (2010, p.4) refere que 95% afirmaram que a equipe nunca solicita a participação de representantes da comunidade para discutir os problemas de TB. Tal fato, evidencia a ausência do controle social dentro das ações de saúde e a soberania dos profissionais de saúde no poderio do saber não compartilhado.

Resultados encontrados em estudo realizado por Martins (2013, p.441-442) mostram que dos 120 usuários entrevistados, no município de Colombo-PR, com usuários, trabalhadores e gestores do SUS em 4 UBS 65,8% desconheciam a existência dos Conselhos de Saúde. Dentre os 41 que já tinham ouvido falar, 26 responderam que não sabiam do que se tratava e 5 entendiam o conselho como um espaço de aconselhamento da população sobre os cuidados à saúde, os usuários entrevistados desconheciam o funcionamento do Conselho de Saúde. Apenas três responderam corretamente e somente um sabia da frequência das reuniões e conhecia a composição do mesmo. Do total de 120 usuários entrevistados, 11 haviam participado de alguma reunião do Conselho de Saúde, 6 dos quais em reuniões do Conselho Local.

A análise realizada por Martins (2013) confirma os dados que foram encontrados durante a coleta de dados dessa pesquisa e reforça a tese de que a participação social e a atuação dos CLS ainda encontram-se incipientes nas unidades de saúde da família.

Segundo Uchoa (2011, p.1071) em trabalho desenvolvido em dois municípios do Rio Grande do Norte sobre a avaliação da satisfação do usuário do PSF, a ausência da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, torna-se preocupante, pois, a implantação de estratégias para o controle social, são as referências para os trabalhos das equipes do PSF na efetivação do SUS. De acordo com a reflexão de Uchoa, se o controle social serve de referência para os trabalhos das equipes do PSF, como se explica então, o reduzido percentual de usuários que possuem conhecimento sobre o Conselho Local de Saúde?

Ao serem questionados nesse estudo se os profissionais escutam as opiniões da comunidade para melhoria dos serviços de saúde, os usuários disseram que 76,4% dos enfermeiros, com certeza fazem essa escuta e apenas 57,3% dos médicos atingiram resposta afirmativa nesse quesito.

Esse aspecto da escuta das opiniões da comunidade para melhoria dos serviços de saúde tem na percepção dos usuários desse estudo, que os enfermeiros a realizam de forma mais frequente que o profissional médico, não encontrei estudos na literatura que comprovassem tal fato.

No atual estudo os profissionais: médico e enfermeiro obtiveram resultados insatisfatórios nos aspectos de realização de pesquisas para identificar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde, com as pesquisas feitas pelos profissionais para identificação dos problemas que eles deveriam conhecer e quanto ao convite por parte dos profissionais para participação dos usuários e de seus familiares no CLS. Esse achado na pesquisa é uma contradição na fala dos usuários quando os mesmos dizem que os profissionais conhecem os problemas de saúde da comunidade, porém como isso pode acontecer sem serem realizadas pesquisas para saber se os serviços ofertados estão atendendo as necessidades desses usuários? – Tal fato pode ser explicado através das informações que os Agentes Comunitários de Saúde repassam para equipe através do Sistema de Informação da Atenção Básica mensalmente.

6. CONCLUSÕES

Durante a elaboração dessa dissertação, houve várias dificuldades durante a coleta dos dados, pois, muitos usuários não queriam participar da pesquisa por desacreditar nos diversos questionários que foram aplicados anteriormente por alunos da graduação sem retorno para comunidade; a distância entre as unidades básicas de saúde, a falta de alguns profissionais fazia com que muitas vezes, os usuários não fossem encontrados nas UBS e apesar de ter entregue um termo de esclarecimento da pesquisa com antecedência direcionado aos administradores e profissionais encontrei resistência, por parte de alguns administradores em autorizar a realização da pesquisa.

Apesar do grande avanço da atenção primária à saúde nas últimas décadas no Brasil, ainda temos muitos preconceitos por parte de algumas camadas sociais na utilização dos serviços das UBS, como mostra esse estudo a maioria da clientela são mulheres, com baixa renda e reduzido nível de escolaridade, perpetuando a história da saúde pública para as classes sociais menos favorecidas.

Os resultados apresentados revelam que a avaliação do enfoque familiar obteve índices de respostas satisfatórias nas ações desenvolvidas pelos profissionais médico e enfermeiro da ESF a partir da visão dos usuários entrevistados, destacando nesse campo um percentual de avaliação melhor para o profissional enfermeiro.

Uma significativa parcela dos usuários informou de forma negativa a qualidade dos serviços ofertados quanto à orientação comunitária, pelos profissionais da ESF, entre eles: a reduzida realização de pesquisas com os usuários para saber se os serviços estão satisfazendo as suas necessidades assim como também baixo percentual de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde dos usuários que os profissionais deveriam conhecer e a questão mais crucial a quase inexistência de convite dos profissionais convocando a comunidade para participação das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde.

Diante dos resultados expostos nessa pesquisa, evidencia-se que a Participação Social nos Conselhos Locais de Saúde no município de Teresina – PI, ainda não atingiu a sua finalidade principal que é tornar os sujeitos participantes e colaboradores no planejamento, implementação e avaliação das ações em saúde, proporcionando respostas satisfatórias a comunidade atendida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Sugere-se a partir desse estudo que sejam realizadas reuniões com a gestão, profissionais e usuários para reativação dos Conselhos Locais de Saúde, na busca de

fortalecer os espaços participativos no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a fim de transformar e formular políticas públicas em prol do bem comum e da justiça social.

Sabendo-se que a Estratégia Saúde da Família é o modelo que veio para reorientar as ações de saúde, em substituição ao paradigma biomédico, faz-se necessário que os profissionais desenvolvam pesquisas com os usuários nos seus locais de trabalho e na comunidade a fim de obter o perfil epidemiológico da população adscrita e ofertar serviços que possam dar respostas resolutivas a população, ressignificando o modo de fazer saúde, priorizando a família e a comunidade como foco da assistência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Andréa Silva Walter; MARTINS, Pollyanna; Atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária à Saúde, **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.25, n.2, Sup (2012); doi: 10.5020/ 18061230, 2012, s1, Acesso em 24 Fev. 2014.

ALENCAR, Monyk Neves de et al . Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, fev. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 29 mar. 2014.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 29, n. 2, Fev. 2011 . Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo.php> >. Acessado em 24 Fev. 2014.

BARATIERI, Tatiane; TEIXEIRA MANDU, Edir Nei; SILVA MARCON, Sonia. Compreensão de Enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Ciênc. enferm.**, Concepción , v. 18, n. 2, agosto 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.cl/scielo.php>>. Acesso em 02 abr. 2014.

BRANDAO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 08 Fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/index.php/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos>. Acesso em 09 Mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [conselho.saude.gov.br / resoluções/2012/Reso 466](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466). Acesso em: 2 Agosto 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação n 5** : Equipe Saúde da Família : Parte 2 / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.110 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família; n. 5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dos princípios e diretrizes**. Diário Oficial da União dos princípios e diretrizes [182]. 20-9-1990.

_____. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 10 Mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em 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, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. SUS 20 anos – **Progestores** - Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André Pierre; HARTZ, Zulmira. **Avaliação conceitos e métodos**. 22. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 292.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 12 Fev. 2014.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 05 Jan. 2014.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 2012 Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 27 Mar. 2014.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al . Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 09 Fev. 2014.

CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA / org. **Avaliação em saúde dos modelos conceituais atuais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1997. P 29-48.

COSSETIN, Andiará; OLSCHOWSKY, Agnes. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 3, Sept. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acessado em 09 Fev. 2014.

COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis** [online]. 2008, vol.18, n.4 [Acessado em 2013-07-15], pp. 705-726 . Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>> .

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 08 Fev. 2014.

CRUZ, Mariene Mirian; BOURGET, Monique Marie Marthe. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, Sept. 2010 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 07 Mar. 2014.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al . Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 21, n. 4, Dec. 2012 Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 10 Fev. 2014.

CUNHA, Marcela Silva da; SA, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 17, n.44, Mar.2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 02 Abr. 2014.

CURTO, Márcio et al . Tuberculosis Control: patient Perception Regarding Orientation for the Community and Community Participation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 5, Oct. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 12 Fev. 2014.

DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO NORTE, Teresina – PI, **Mapa das equipes da Regional Norte**, 2014.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966, 44: 166–206.

DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. ... [et al.], **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências** – 3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.

DURIGUETTO, ML, SOUZA AR, SILVA KN. Sociedade civil e movimentos sociais: debate teórico e ação prática política. **Revista Katalysis**, 2009.

GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA da Fundação Municipal de Saúde (GEAB, 2011).

GOMES, Karine de Oliveira et al . Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 22 fev. 2014.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; ALGAYER, Andressa Regina. Características de um grupo de usuários do Programa Saúde da Família na cidade de Campo Bom (RS), Brasil em 2006. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Oct. 2009 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 22 Fev. 2014.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, May 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 26 Mar. 2014.

GUEDES, Jose da Silva; SANTOS, Rosa Maria Barros dos; DI LORENZO, Rosicler A. Viegas. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n.4, dez. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 09 fev. 2014.

GUILHERME, F., et al., Reflections from a multidisciplinary team of health family residents about a process of a Local Health Council reactivation. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, 2012, out – dez. ; 7(25): 265-71.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: Teresina -PI**. 2010 [acessado 2012-08-18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

KAUARK, Fabiana; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. Metodologia da pesquisa: guia prático. – Itabuna : **Via Litterarum**, 2010, 88 p.

LEAO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 3, Sept. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 26 Dec. 2013.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli;

KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, Nov. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 10 Fev. 2014.

LÉVESQUE et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. **BMC Family Practice**, 2012. Disponível em <http://www.biomedcentral.com> / 1471-2296/13/20, Acesso em 7 mar. 2014.

LIMA, Deyseane M. A.; SA, Ticiania Santiago de; PINHEIRO, Ângela de Alencar Araripe. Fóruns comunitários: uma estratégia de construção participativa do desenvolvimento local. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 12, n. 23, jan. 2012. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em 12 fev. 2014.

LOPES, Kênia Janaína Campos. A representação social do enfermeiro em suas ações de assistência na visão do usuário atendido na atenção primária à saúde no Programa Saúde da Família, MG. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em <<https://WWW.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem.2010>>.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; SILVA, Raimunda Magalhães da. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, July 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 10 Fev. 2014.

MACINKO J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK, **Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil**. Int J Health Plann Manage 2004; 19:303-17.

MAGLUTA, Cynthia. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, Feb. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 14 Julho de 2013.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **Manag Care**. v. 18, n. 6, p. 44-8, jun., 2009.

MARTINS, Camila Sartori et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, Sept. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso 27 Mar. 2014.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 26 Mar. 2014.

MENDONÇA, Vera Regina do Carmo. **Avaliação do PSF na perspectiva do usuário: um estudo de caso no município de Volta Redonda**, 2007. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MIELKE, Fernanda Barreto; COSSETIN, Andiara; OLSCHOWSKY, Agnes. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 10 fev. 2014.

MISHIMA, Silvana Martins et al . A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 3, June 2010 Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 11 Fev. 2014.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al . Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 09 Fev. 2014.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, Mar. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 24 Fev. 2014.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.14, n.3, jun. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 27 fev. 2014.

MOSQUERA, Paola A; HERNÁNDEZ, Jinneth; VEGA, Román; MARTÍNEZ, Jorge; SEBÁSTIAN, Miguel San. **Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care service in six localities of Bogotá-Colombia: a cross-sectional study**, **BMC Health Services Research**, 2013, vol.13, DOI: 10.1186/1472-6963-13-315.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al . Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, June 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 29 Mar. 2014.

OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná**. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022013-125217/>>. Acesso em: 2014-03-29.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al . Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 24 Fev. 2014.

PRETTO, Roberto Luz. Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária no Brasil, **Salão de Iniciação Científica**, 24: 2012. Out. 1-5: UFRGS, Porto Alegre, RS, disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/64950>. Acesso em 28 Fev. 2014.

PROADESS- Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, 2012, Disponível em: www.Proadess.iciet.fiocruz.br/index.php, Acesso em 20 Fev. 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano .**Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico– 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, José Mendes; SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; PINTO, Luiz Felipe da Silva. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ)

segundo a percepção dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 24 Fev. 2014.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dec. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 08 Fev. 2014.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 20 Fev. 2014.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 6, n.18, p.21-24, mai. 2011. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/247>>. Acesso em: 22 Fev. 2014.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou and SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate** [online]. 2013, vol.37, n.96, pp.139-147. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 15 jul. 2013.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 09 Fev. 2014.

SALA, Arnaldo et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.4, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 21 Julho de 2013.

SANCHO, Leyla Gomes; DAIN, Sulamis. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 25 Fev. 2014.

SANTIAGO, Renata Florêncio. **Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no Município do Recife: a percepção dos usuários**. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SANTOS, Handerson Silva. **Avaliação da Rede das Unidades Básicas de Saúde com Foco na Integralidade**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 5, n.17, p.3-5, Mar. 2011. ISSN 2179-7994. Disponível em:

<<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/135/127>>. Acesso em: 24 Fev. 2014.

SHIMIZU, Eri Helena; Adriano Drumond and HAMANN, Edgar Merchan. Users' Perceptions of the Performance of the Family Health Strategy in the Greater Brasilia Area, Brazil. **Department of Public Health, Brazil**, 2012, 2:55. Disponível em <[http:// dx. doi. org 10.4172 / 2167-1079](http://dx.doi.org/10.4172/2167-1079)>. Acesso em 4 mar. 2014.

SILVEIRA FILHO, A. D. O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: ARCHANJO, D. R. et al. Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: IBPEX, 2007. p. 101-23.

SIMÕES, Eduardo; Maia, Renato Dourado. **Manual para Normalização de Projetos de Pesquisa, Monografia e Trabalhos Científicos**. -- Montes Claros: FACIT, 2012, 103 p.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro v. 20, n. 4, Dec. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 12 Fev. 2014.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Oct. 2009 . Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em 17 Fev. 2014.

SOUZA, Andréia Vieira de; KRÜGER, Tânia Regina. Participação Social no SUS: Proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina – Brasil, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, v. 3, n.1, jan / jun. 2010. Acesso em 27 mar. 2014.

STARFIELD, B. et al. **Measuring consumer experiences with primary care**. *Pediatrics*, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool**. *The Journal of Family Practice*, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI (SIAB, 2013).

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 . Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em 12 Fev. 2014.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Apr. 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 25 Jan. 2014.

UCHOA, Alice da Costa et al . Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, 2011 .Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 12 Fev. 2014.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012, Disponível:<http://www.scielo.br.ez11.periodicos.capes.gov.br/scielo>. Acesso em 12 Sept. 2012.

VIANA, Livia Maria Mello. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciência da Natureza, Universidade Federal do Piauí, 2012.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, Jan. 2013 Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 21 Fev. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

I. DADOS SOCIOECONÔMICOS

1. Sexo 1_____
1 () Masculino 2 () Feminino
2. Idade (anos completos) _____ 2_____
3. Estado civil 3_____
1 () Casado (a) 2 () Não casado (a)
4. Religião 4_____
1 () Católica 2 () não católica 3 () sem religião
5. Escolaridade: 5_____
1 () analfabeto 2 () ensino fundamental incompleto
3 () ensino fundamental completo 4 () ensino médio incompleto
5 () ensino médio completo 6 () superior incompleto
7 () superior completo.
6. Ocupação 6_____
1. Trabalha () 2. Desempregado ()
3. Pensionista / aposentado ()
4. Bolsa família () 5. () Outras
7. Renda familiar: _____ 7_____
8. Nº de pessoas que vivem com a renda familiar: _____ 8_____

9. Você participa do Conselho local de saúde?

9. _____

1. () sim.

2 () não.

10. Você sabe o que é o Conselho Local de Saúde?

10. _____

1. () sim.

2. () não.

11. Como funciona a reunião dos membros do Conselho Local de Saúde em sua comunidade?

11. _____

1. () Uma vez por semana.

2. () A cada quinze dias.

3. () uma vez por mês.

4. () Atualmente está desativado.

5. () Não sabe.

12. Antes de responder as questões dos anexos C e D

12 _____

Responda qual profissional de saúde, você irá avaliar:

1() Médico 2 () Enfermeiro

APÊNDICE B

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Teresina, 17 de dezembro de 2013.

Ilma. Sra. Administradora e Profissionais da ESF

Vimos através deste, solicitar autorização para realização de pesquisa de campo da mestranda Sandra Cecília de Souza Lima. A pesquisa que tem como título provisório **“ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIONAL NORTE DE TERESINA / PI – AVALIAÇÃO A PARTIR DO USUÁRIO ADULTO”** pretende Avaliar a orientação familiar e comunitária na Estratégia Saúde da Família dos Centros de Saúde da zona urbana da Regional Centro-Norte prestada aos usuários adultos que estejam cadastrados há pelo menos 2 anos na ESF e que sejam usuários dos atendimentos prestados pelo enfermeiro ou médico dos Centros de Saúde da Regional Norte, que foram escolhidos por ser a área onde a pesquisadora trabalha e desenvolve suas atividades de ensino e pesquisa.

Pretende-se que a pesquisa de campo seja realizada, tão logo obtenha-se a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina - PI e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará que analisa o projeto, em data a ser informada posteriormente.

A pesquisa será coordenada pela mestranda e contará com a participação de alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho, recrutados como pesquisadores.

A mestranda compromete-se a repassar os resultados da pesquisa a esta instituição, visando colaborar para o aprimoramento do serviço, e informa que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Aguardando seu pronunciamento, despedimo-nos.

Sandra Cecília de Souza Lima

Mestranda - Pesquisadora

Aluisio Ferreira de Lima

Professor Orientador

APÊNCICE C – Modelo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido –
Usuários

Nº do Instrumento: _____

ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIONAL NORTE DE TERESINA / PI - AVALIAÇÃO DO USUÁRIO ADULTO.

O título da pesquisa é Orientação Familiar e Comunitária na Estratégia Saúde da Família na Regional Norte de Teresina / PI – Avaliação do Usuário Adulto. A pesquisa tem como objetivos: descrever o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos nas UBS, Avaliar a orientação familiar e comunitária prestadas pelo enfermeiro e médico na Estratégia Saúde da Família ao usuário adulto nos Centros de Saúde da regional Norte, Compreender como acontece a participação efetiva dos usuários nos centros de saúde da Regional Norte. Ao longo da pesquisa, foram considerados os pressupostos da bioética, configurados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde: autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre outros, que visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Este estudo não implica em riscos previsíveis para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A pesquisa poderá trazer como benefícios: a melhoria da participação e interação entre profissionais e usuários dos serviços. A entrevista poderá ser realizada na sua casa durante a visita domiciliar ou no seu serviço de saúde, contamos com cerca de “meia hora” da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu, _____ (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos

resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Entrevistado

Data



Digital do Entrevistado

Data

Assinatura do Pesquisador

Data

Pesquisador responsável: Sandra Cecília de Souza Lima.

Endereço: Rua Território Fernando de Noronha, nº 2050, Ap.301, bloco:F, Condomínio Galiléia, Bairro: Aeroporto, Teresina – PI.

Telefones para contato: (86) 3214-4498 e (86) 9942-1328

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, nº 1127, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, telefone de contato: (85) 3366-8344

ANEXOS

ANEXO A

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouviu opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>