

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RENATA RIFFEL BITENCOURT

A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES EM TRÊS GERÊNCIAS DISTRITAIS DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: UMA VISÃO DO USUÁRIO

Porto Alegre
2018

RENATA RIFFEL BITENCOURT

A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES EM TRÊS GERÊNCIAS DISTRITAIS DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: UMA VISÃO DO USUÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito
parcial para a obtenção do título de Cirurgiã-
Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bitencourt, Renata Riffel

A utilização de tecnologias leves em três gerências distritais do município de Porto Alegre: uma visão do usuário / Renata Riffel Bitencourt. -- 2018.

48 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Acolhimento. 2. Vínculo. 3. Atenção Básica. I. Hugo, Fernando Neves, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio e suporte constante, em especial ao meu pai pelas palavras sempre sábias e tranquilizantes, à minha irmã pela paciência e resolutividade de sempre e à minha mãe pelas críticas construtivas e ajuda de sempre. Sem eles esse percurso de graduação não teria se concretizado.

Agradeço à minha turma ATO 2017/2 que me acolheu de braços abertos e me mostrou o quanto juntos somos mais fortes.

Um agradecimento especial aos professores que fizeram parte desta trajetória de maneira mais próxima: meu orientador de Trabalho de Conclusão de Curso Fernando Neves Hugo, minhas tutoras do PET GRADUASUS Fabiana Schneider Pires, Cristiane Mengatto, Eliziane Ruiz e Juliana Bernardi, minha orientadora de Iniciação Científica durante o semestre de 2014/1 Cristine Warmling e minha tutora durante o tempo de PET ODONTO Susana Samuel.

Agradeço à Patrícia Távora Bulgarelli, mestre em saúde coletiva, que oportunizou-me a realização deste trabalho, juntamente com todos que contribuíram para a concretização de sua pesquisa, em especial a Luana Marques, Ewelyn Farias, Marjana Solano e Caroline Stein.

Obrigada por terem feito parte deste percurso e marcarem de alguma maneira minha chegada até aqui.

RESUMO

As tecnologias leves (tecnologias das relações) estão inseridas e constantemente aprimoradas para um cuidado integral e longitudinal ao usuário do SUS. O acolhimento de qualidade e a promoção de vínculos efetivos entre o indivíduo e a equipe de Saúde da Família podem ser entendidos como este tipo de tecnologias. Este trabalho tem como objetivo avaliar as práticas de acolhimento e vínculo na Atenção Básica à Saúde sob a perspectiva de seus usuários em três gerências distritais de Porto Alegre, RS. Trata-se de um estudo transversal, cuja coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário construído com fragmentos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD, Pesquisa Nacional de Saúde/PNS e do PCATool. A população da pesquisa consistiu-se de indivíduos adultos com idade mínima de 18 anos de idade, com condições cognitivas para responder o questionário, residentes há pelo menos 12 meses no domicílio amostrado, escolhidos por sorteio de áreas censitárias. Os usuários selecionados foram entrevistados em seus domicílios por pesquisadores previamente capacitados pelo Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia/CPOS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Os dados foram analisados com auxílio do software SPSS, por meio de análises descritivas e de frequência. Para a análise de associação entre variáveis de acolhimento e vínculo com variáveis sociodemográficas foi utilizado o teste qui-quadrado, com valor para rejeição da hipótese nula de 0,05. Os resultados relacionados ao acolhimento evidenciam que 69% dos usuários não sabia ou não identificava um profissional que disponibilizasse tempo para escutá-los; 74% relatou ser atendido primeiro na unidade por recepcionistas e guardas/vigilantes; 92,09% relatou ter recebido atendimento na última vez em que procurou a unidade de saúde. Quanto à vinculação do paciente, 63% respondeu que existe um profissional ou local de saúde que geralmente vai quando necessita de atendimento. 58% respondeu que há um profissional que lhe conhece melhor como pessoa, 58% respondeu que há um profissional mais responsável por seu atendimento de saúde. Em relação à associação destas variáveis com as sociodemográficas, não foram encontrados resultados significativos, a não ser pela idade que se mostrou significativamente associada ao vínculo dos idosos com profissionais e/ou serviços de saúde. Como conclusão, destaca-se a necessidade de continuar aprimorando práticas de tecnologias leves na Atenção Básica para que se consolide um atendimento de qualidade aos usuários do SUS.

Palavras-chave: Atenção Básica. Acolhimento. Vínculo.

ABSTRACT

The soft technologies (relationship technologies) are considered and constantly improved to offer a comprehensive and longitudinal care to public health users. The high qualified user embracement and an effective bond between the person and the Family Health Strategy can be understood as some kinds of this technology. This study aims asses the user embracement and bond practices in Primary Health in the users` perspective in three different districts in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study in which the data collection was made through a questionnaire constructed with parts of the “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD”, “Pesquisa Nacional de Saúde/PNS” and PCATool. The population was composed by adults with minimal age of 18, cognitive conditions to answer the questionnaire, living at least 12 months in the sampled domicile, chosen by randomization of the different areas of the city. The users selected were interviewed in their domiciles by researchers previously trained by the “Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia/CPOS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS”. The data was analyzed with SPSS software, by descriptive and frequency analysis. Analysis of association between the bond and the user embracement variables and the sociodemographic variables were made with chi-square. All variables with $p < 0,20$ were included in the multilevel model. On the final model was made a diagnoses with the hypothesis rejection of 0,05. The results related to the user embracement showed that 69% of users did not know or did not identify a professional who spend time to listen them; 74% said that the first professional who host them were the receptionist or the security; 92,02% said they were treated at the last time they had to go in the health unit. Related to the bond, 63% of the patients answered that there is a doctor or place they usually go when are sick. 58% answered that there is a doctor or place that knows them best as people. 58% answered that there is a doctors or place that is most responsible for their health care. Considering these variables and the sociodemographic ones, there was no association, unless the correlation between bonding of elderly and health professional. In conclusion we highlight the necessity of keep improving the practices of light technologies in Primary Care to consolidate a high quality care for the public health users.

Keywords: Primary Care. User embracement. Bond.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	OBJETIVOS.....	08
2.1	OBJETIVO GERAL.....	08
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	08
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3.1	SOBRE ACOLHIMENTO.....	12
3.2	SOBRE VÍNCULO.....	13
4	METODOLOGIA.....	16
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	16
4.2	POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	16
4.3	OPERACIONALIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS	17
4.4	UTILIZAÇÃO DOS DADOS	18
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	19
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	20
5	RESULTADOS	21
5.1	ACOLHIMENTO.....	22
5.2	VÍNCULO.....	24
6	DISCUSSÃO	28
	REFERÊNCIAS	34,
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	38
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – UFRGS.....	39
	ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – SMS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil tem apresentado sucessivas mudanças na direção do seu aprimoramento e adequação às condições de saúde de sua população. A Reforma Sanitária Brasileira, iniciada na década de 70, trouxe a perspectiva da saúde como um direito do cidadão. A constituição de 1988 assegurou esse direito, reiterado pela Lei 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Este traz consigo um modelo de atenção à saúde cujas “formas de organização das relações entre sujeitos são mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde com o propósito de intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (PAIM¹, 1993, apud TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 25). Sendo assim, a política de saúde do país vem deslocando o modelo médico-assistencialista focado na prática da cura para um modelo de vigilância em saúde direcionado para o cuidado e para a atenção integral do sujeito (COELHO; JORGE, 2009).

Essa reorganização da saúde categorizou as ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS em três grandes conjuntos que são: a Atenção Básica (AB), formada pelo programa de Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde; a média complexidade, formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (OUVERNEY; NORONHA, 2013). Neste Brasil contemporâneo, busca-se seguir um modelo de atenção à saúde baseado na promoção e prevenção, tornando a Atenção Básica um preceito que oportuniza um tipo de atenção diferenciada para a população: mais próxima do indivíduo e de sua comunidade; oferecendo um cuidado integral e continuado à sua saúde (CAMPOS, 2003).

A Atenção Básica é caracterizada por ações de promoção e proteção à saúde, que podem ser tanto individuais como coletivas, incluindo também o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A partir desta caracterização, percebe-se que a Atenção Básica perpassa a questão biomédica de atendimento a um indivíduo abordando as questões sociais e comportamentais que o envolvem. Como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o

¹ PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários In: MENDES (org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

profissional precisa estar capacitado a acolher, a compreender e a criar um vínculo com o indivíduo de forma a produzir uma atenção integral que supra suas necessidades de saúde.

Entre as práticas que afirmam e contribuem para o estabelecimento deste tipo de atenção estão as tecnologias leves. Entende-se por tecnologia leve aquela voltada às relações de interação e subjetividade, produzindo como seus dispositivos o acolhimento, o vínculo e a responsabilização do usuário. Estas tecnologias vêm sendo estudadas e exploradas na busca da humanização do serviço e da consolidação de uma relação profissional-paciente de respeito e confiança que gere bons resultados (MERHY, 2004).

Assim, entender como se dão o acolhimento e o vínculo nas Estratégias de Saúde da Família enquanto tecnologias que regem a relação profissional-paciente na Atenção Básica, no município de Porto Alegre, poderá contribuir para a melhoria das práticas de profissionais da saúde em seu trabalho junto ao usuário, qualificando ainda mais o sistema público de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as práticas das tecnologias leves na Atenção Básica à Saúde, na perspectiva de seus usuários, em três gerências distritais de Porto Alegre, RS.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar o acolhimento e o vínculo das equipes da Atenção Básica à Saúde de Porto Alegre, RS, conforme a percepção dos seus usuários, e sua associação com variáveis sócio demográficas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A implementação da Estratégia de Saúde da Família, a partir de 1994, tem sido um dos instrumentos utilizados para a consolidação da Atenção Básica. A Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, a mudança do paradigma de modelo assistencial vigente, visa proporcionar ao usuário uma atenção integral, humanizada e baseada na equidade, onde o acesso à saúde é facilitado e o atendimento prevê o acolhimento e a formação de vínculo (BRASIL, 2010a). Essas equipes têm, em sua formação básica, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A esta equipe poderão ser inseridos profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012). Tal modelo de saúde possibilita o aprimoramento, por meio do processo de trabalho, que se dá cotidianamente, a fim de proporcionar uma atenção à saúde de qualidade à população.

Neste modelo de atenção é preconizado que os profissionais de saúde enxerguem o usuário como alguém que pode promover sua própria saúde e prevenir doenças através do seu empoderamento e autonomização e não somente como alguém que precisa ser, necessariamente, medicado para tratar o que sente. Para alcançar-se tal entendimento, o profissional precisa, muitas vezes, mudar sua postura frente ao usuário do sistema entendendo, primeiro, sua dor e o que ela carrega. Assim procedendo, verificará que nem sempre o tratamento mais adequado é o medicamentoso (MERHY; FEURWEKER, 2009; BRASIL, 2004).

O processo diagnóstico envolve muito mais do que apenas uma consulta médica, odontológica ou de enfermagem. Envolve empatia, vínculo, oportunidade de acesso do paciente não só à Unidade de Saúde, mas também à rede de atenção, sendo beneficiado por tudo que ela oferece (STARFEILD, 2004). A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que “a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção” (BRASIL, 2012, p. 21). Tendo em vista que é na Atenção Básica que deve ocorrer o primeiro e principal contato do usuário com a rede de saúde, ela deve possuir tais características já citada e que dependerão dos profissionais para colocá-las em prática como preconizadas.

Essas características importantes da Atenção Básica fazem parte do processo de relações humanas e recebem o nome de tecnologias leves. Essas tecnologias vêm sendo discutidas, executadas e ampliadas dentro do SUS como um conceito que rege e diferencia este sistema. Para Merhy (2004), as tecnologias podem ser classificadas como leves, leve-

duras e duras. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente e consideram a análise de todo o processo produtivo, chegando a um produto final. É importante ressaltar que “o conceito de tecnologia não se restringe apenas ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas sim aos saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde; englobam também os saberes que operam para organizar as ações humanas e ao nível das relações interpessoais” (CARLOS, 2009, p. 4). Merhy (2004) ressalta que normalmente remetemos o termo tecnologia às “máquinas modernas”, mas quando falamos do trabalho em saúde podemos ir além e perceber que mais do que ferramentas (máquinas) utilizadas, os profissionais precisam usar conhecimentos adquiridos e relacionar-se de alguma maneira com o usuário proporcionando-lhe um desfecho adequado à sua situação. Então, as tecnologias leves são as das relações; as leves-duras são as dos saberes estruturados, e as duras são as dos recursos materiais (COELHO; JORGE, 2009).

As tecnologias leves ou de cuidado estão relacionadas com o trabalho vivo, que é aquele que se dá durante o contato com o usuário, levando em conta sua subjetividade e singularidade (MERHY; FRANCO, 2003). Todos trabalhadores de uma Unidade de Saúde podem acolher, escutar, interessar-se e contribuir para a construção de relações de confiança e conforto com o paciente (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Situações de bom acolhimento são expressas por meio de uma boa recepção e respeito ao usuário por parte da equipe. No caso das tecnologias leves os membros da equipe não ficam restritos aos profissionais de saúde; nela estarão incluídos, por exemplo, os profissionais encarregados da segurança ou da administração, que constantemente informam pacientes e usuários sobre os serviços, ordenando-os para o atendimento (RAMOS; LIMA, 2003).

São nos diferentes contatos que ocorrem o encontro de dois sujeitos, um agindo sobre o outro mutuamente com suas expectativas e produções que criam momentos de acolhida ou não das intenções de ambos. Produzem também a cumplicidade, a confiabilidade e a esperança entre eles. Os dois juntos buscam o protagonismo do usuário e fazem, daquele momento, uma produção de saúde e de criação de vínculos e aceitação que fortalecem as relações e, portanto, colaboram para a aderência ao tratamento ou às mudanças necessárias para promover saúde. (MERHY, 2004).

Em contraste, as tecnologias leve-duras e/ou duras estão relacionadas com o chamado Trabalho Morto, aquele centrado no modelo médico-assistencial, onde o trabalho dos outros profissionais depende de alguma maneira do profissional médico e o momento principal de uma consulta é o ato prescritivo; ele é denominado assim porque já se aplicou um trabalho

pregresso para sua elaboração. O Trabalho Morto reflete, portanto, um processo de trabalho voltado à produção de procedimentos (MERHY; FRANCO, 2003). As tecnologias leve-duras e duras remetem a uma maneira de assistência que minimiza o cuidado integral, humanizado e vai de encontro à concepção de que o paciente é alguém que vai além daquele espaço físico e daquele corpo; de um corpo cuja principal função não é a de armazenar órgãos (MERHY, FEUERWERKER; 2009).

É indispensável falar sobre como cada uma destas diferentes tecnologias são importantes para o cuidado de qualidade ao usuário. Elas devem estar articuladas e empregadas da maneira correta na busca do cuidado integral e continuado. Cada uma tem sua potencialidade e seu espaço nos diferentes níveis de atenção, cabendo à Atenção Básica a predominância do trabalho vivo e, portanto das tecnologias leves como dispositivos de humanização. (MERHY; FRANCO, 2003) Entende-se então que os elementos das tecnologias leves são considerados aqueles que não lidam com modelos estruturais já formados. São, portanto, aqueles que abandonam as formas de consultas pré-estabelecidas, por exemplo, ou que priorizam não só a utilização de exames para diagnósticos e prescrições medicamentosas de tratamentos. Então, os recursos tecnológicos essenciais para proporcionar um atendimento integral e que seja regido pela humanização são: o acesso, o acolhimento e o vínculo, tornando as ações mais acolhedoras, ágeis e resolutivas (COELHO; JORGE, 2009).

O emprego das tecnologias leves está gerando cada vez mais mobilização e reflexão da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários. A perspectiva do usuário é essencial na abordagem da qualidade do serviço em saúde já que o mesmo atua como protagonista do sistema e percebe a melhoria da relação entre ele e o serviço por meio das qualificações (RAMOS; LIMA, 2003). Alguns autores tratam das tecnologias leves como geradoras de satisfação nos usuários em seu artigo, e ressalta que “os usuários do serviço estudado dão, sim, muita importância para o modo do “trato”, valorizando a incorporação dessas tecnologias nos espaços de produção em saúde” (FERRI et al., 2007, p. 526) Além disso, Souza et al (2008) identificaram questões muito variadas quanto ao acesso e ao acolhimento, mostrando que os usuários encontram dificuldades para o agendamento de práticas, na formação de filas de espera, no descontentamento com a impessoalidade no tratamento pelos profissionais e na falta de estruturação para um atendimento integral.

3.1 SOBRE ACOLHIMENTO

O acolhimento foi inserido no Sistema de Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004, quando a humanização passou de programa governamental para Política Pública Nacional. Ele é definido pela Cartilha de Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde como:

[...] ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. (BRASIL, 2010a, p. 6)

A implementação do acolhimento nas Unidades de Saúde da família veio com o intuito de melhorar o acesso, evitando as longas filas formadas por pessoas que chegavam muito antes do horário de abertura da Unidade para conseguirem fichas de atendimento (BRASIL, 2010a). Certos autores acreditam que o “Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado” (SOUZA et al., 2008, p. 101). Na perspectiva deles, o acolhimento é considerado um dispositivo potente para atender as exigências de acesso, oportunizar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Enquanto processo, o acolhimento pressupõe a necessidade de qualificar o profissional de saúde para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar e negociar com o usuário, de forma permanente.

Juntamente com a prática de acolhimento, surgiram cartilhas trazendo protocolos e fluxos de atendimento para sua execução, e implementando o conceito de classificação de risco nos serviços de diferentes níveis de atenção. A cartilha de acolhimento com avaliação e classificação de risco constata que o acolhimento tem sido visto como “uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável” (BRASIL, 2008, p.6) ou ainda como uma prática de exclusão social que faz a triagem dos usuários e muitas vezes os encaminha para serviços especializados, “escolhendo” assim quem seria atendido ou não na Unidade. Contribuindo para este pensamento, Pinheiro e Oliveira (2011) identificaram que profissionais da saúde também não conseguem enxergar o acolhimento além de uma ação de triagem realizada por determinados profissionais da Equipe. Outros autores também perceberam o acolhimento centrado no modelo biomédico, no qual se procura suprir as

queixas dos pacientes, muitas vezes sem sucesso. Esses resultados demonstram a necessidade de ampliar a visão de acolhimento, acreditando nele como “diretriz que deve estar presente em todos os momentos dos processos de saúde, produzindo escuta e diálogo entre profissional e usuário” (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004, p.8). Acrescenta-se ainda a ideia que Matumoto (1998) traz em sua dissertação, onde refere que acolhimento não se restringe ao espaço físico da recepção em uma unidade, nem a quem trabalha neste setor, mas sim a toda situação de atendimento praticado pelos profissionais.

Acolher de forma humanizada significa muito mais do que tratar bem os pacientes. É necessário entender as condições sociais dos usuários, escutar suas demandas de maneira qualificada e procurar agir visando a integralidade, o acesso, a autonomia e corresponsabilização. (BARRA; OLIVEIRA, 2012) Essa acolhida pressupõe respeito, interesse e responsabilização pelos problemas/necessidades. O oposto é visto na realidade dos serviços de Saúde, onde “há a produção de atos na forma de procedimentos e a produção de procedimentos na forma de cuidado, sem haver compromisso com a cura/autonomia dos indivíduos” (MARQUES; LIMA, 2004, p. 23).

Para desconstruirmos essa produção de atos em forma de procedimentos (MERHY, 2004), é necessário associar ao acolhimento, a criação de um vínculo com o paciente, dando-lhe oportunidade e consciência quanto à sua saúde e tornar-lhe capaz de ter autonomia sobre seu corpo, aderindo ao seu próprio processo de produção de saúde.

3.2 SOBRE VÍNCULO

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012, p. 21).

Com a criação do Programa de Saúde da Família, o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromissos e corresponsabilidade entre profissionais e população passaram a ser objetivos do cuidado em saúde e atribuições dos profissionais do SUS (BRASIL, 1997). Além disso, o mesmo texto refere o cadastramento como a primeira forma de vínculo entre Unidade de Saúde e usuário, mostrando a importância de conhecer o contexto social e familiar do sujeito para estabelecer uma ligação e compreensão de seus problemas de saúde. O vínculo carrega consigo a questão da longitudinalidade e integralidade do cuidado,

sendo essencial para a adesão do paciente ao tratamento e a apropriação de autonomia quanto à sua saúde.

Para Cunha e Giovanella, o termo ‘longitudinalidade’ está sendo substituído por ‘vínculo’ e ‘continuidade’ na literatura brasileira, o que pode restringir o significado dos mesmos. Por isso os autores sugerem a utilização do termo ‘vínculo longitudinal’ que tem por definição a “relação terapêutica duradoura entre pacientes e profissionais da equipe de Atenção Básica, que se traduz no reconhecimento e na utilização da Unidade Básica de Saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (CUNHA; IOVANELLA, 2011, p. 10). Sendo assim, podemos considerar o vínculo como uma conquista, não um acontecimento imediato (COELHO; JORGE, 2009).

O vínculo longitudinal contempla três dimensões: “a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de Atenção Básica, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 10). Os mesmo autores ainda ressaltam que dentre essas dimensões, a relação interpessoal é a que exige do profissional de saúde não só responsabilidade perante o paciente, mas também uma comunicação adequada e consideração pelos problemas relacionados aos aspectos biopsicossociais relatados.

O fortalecimento do vínculo está intimamente ligado à desconstrução do modelo de atenção baseado na queixa-conduta, que torna o atendimento e a relação do trabalhador e do usuário automáticos. Quando há o estabelecimento de um diálogo entre os dois, pode-se encontrar a solução conjunta para os problemas de saúde, já que muitas vezes o desabafo traz a resposta para determinada dificuldade. A partir daí pode haver a responsabilização pelas ações de saúde do paciente e do profissional (COELHO; JORGE, 2009). Caprara e Rodrigues (2004, p.141) propõem o pensamento de que, “no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica”. Caprara et al. (2001², apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p.142) afirmam, ainda que “39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas.” Estes resultados evidenciam a dificuldade de

² Caprara A.; Rodrigues J.; Montenegro B. J. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. In: Congress challenges of primary care-oriented health systems: innovations by educational institutions, health professions and health services, 2001; *Anais...* Londrina; 2001.

profissionais da saúde em sua comunicação ao indivíduo sobre aspectos de sua condição de saúde implicadas na formação de um vínculo coeso entre profissional e usuário.

Entende-se, portanto, que quanto mais apropriado for o vínculo, melhores resultados serão obtidos, com mais troca de saberes entre trabalhadores da equipe de saúde e a comunidade em que estão inseridos. É importante lembrar que esta troca de conhecimentos só vai acontecer se o profissional estiver disposto e treinado para ouvir, entender e correlacionar o conhecimento empírico com o conhecimento acadêmico (COELHO; JORGE, 2009). Percebe-se então que “o fortalecimento do vínculo longitudinal traz resultados positivos na qualidade dos serviços de saúde, com a diminuição de internações por condições crônicas passíveis de tratamento ambulatorial, melhor aceitação de cuidados preventivos, menores custos e maior satisfação do usuário” (CUNHA, 2009, p. 90). Esse e outros achados nos fazem entender o porquê de se procurar o constante aprimoramento deste atributo na organização da AB juntamente com a reorientação do modelo assistencial.

4 METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

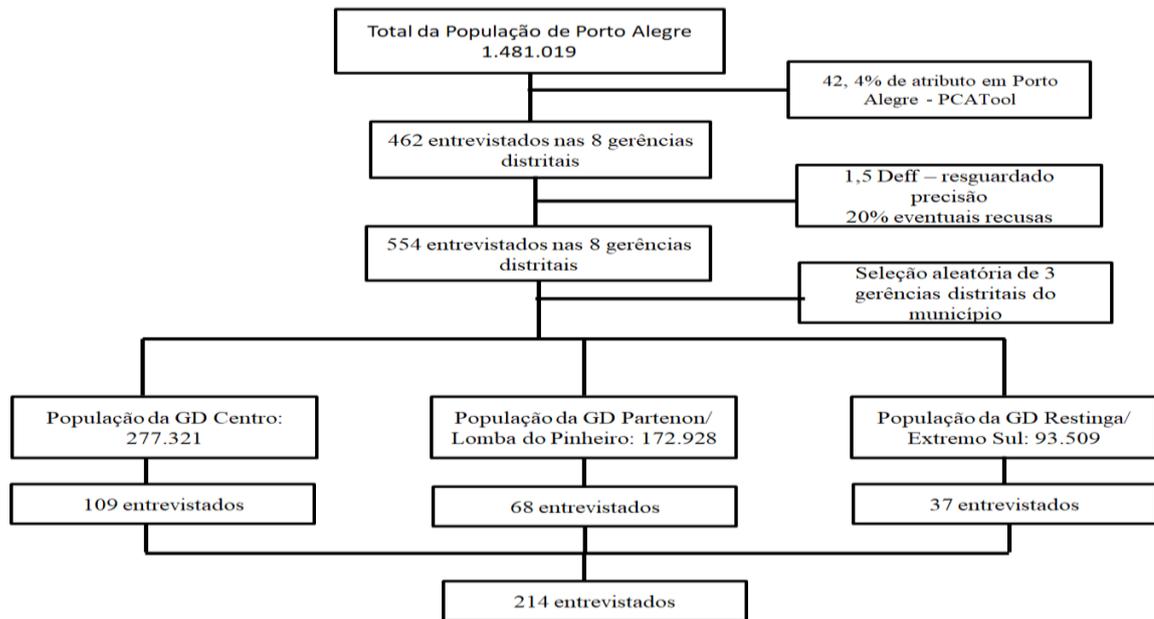
Estudo transversal realizado com usuários dos Serviços de Atenção Básica no município de Porto Alegre no período de setembro de 2016 a Maio de 2017. Trata-se de um estudo secundário desenvolvido por meio de um método quantitativo. O momento quantitativo, dentro de um desenho metodológico de cunho exploratório transversal, teve dados coletados por meio da aplicação de um questionário construído com fragmentos de questionários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (Dados de Identificação, Características de Educação e Rendimentos Domiciliares), Pesquisa Nacional de Saúde/PNS (Informações do Domicílio, Cobertura de Plano de Saúde, Visitas Domiciliares de Equipes de Saúde, Estilo de Vida, Utilização de Serviços de Saúde e Saúde Bucal) e do PCATool (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade).

4.2. POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população da pesquisa consistiu-se de indivíduos adultos usuários do SUS, com idade mínima de 18 anos de idade e residentes nas áreas cobertas pela rede pública de AB, que estivessem residindo há pelo menos 12 meses no domicílio amostrado por sorteio de áreas censitárias e com condições cognitivas para responder o questionário.

Seguindo a proporcionalidade na distribuição por gerência distrital, o tamanho final da amostra foi de 214 respondentes. Foram selecionadas aleatoriamente as gerências **Centro, Paternon /Lomba do Pinheiro e Restinga /Extremo-Sul** para coleta de dados. Certas questões (principalmente relacionadas ao acolhimento) foram respondidas por 139 indivíduos participantes por serem os que utilizam o SUS como referência.

Figura 1 - Fluxograma de população da pesquisa



Fonte: Trabalho Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre: Perspectiva do Usuário

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

A realização do estudo aconteceu por meio da aplicação de um questionário estruturado. Os usuários selecionados foram entrevistados em seus domicílios por pesquisadores previamente capacitados pelo Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia/CPOS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. A coleta das informações foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Os pesquisadores foram capacitados previamente ao início do estudo por meio de três reuniões com carga horária de 4 horas cada uma, na qual receberam orientações sobre a metodologia para aplicação, manipulação e preenchimento dos questionários. Foi elaborado um manual de campo direcionado aos pesquisadores. Durante o treinamento, os entrevistadores realizaram entrevistas simuladas. Para avaliar a capacitação, foi realizada uma saída de campo piloto, em duplas, onde um pesquisador aplicou o questionário em um usuário, enquanto o outro o avaliou. Os dados do estudo piloto não foram utilizados.

Para tanto, os usuários selecionados foram entrevistados por pesquisadores previamente treinados que utilizaram o questionário para avaliar a presença e extensão do atributo acesso da APS nos serviços de saúde de Porto Alegre. Vale ressaltar que parte do questionário foi composto com dimensões do PCATool, o qual é um instrumento capaz de

medir presença e extensão de acesso na APS por meio de respostas do tipo Likert, construindo escores de 1 a 4 para cada um deles, sendo que 1=“Com certeza não”; 2=“Provavelmente não”; 3=“Provavelmente sim”; 4=“Com certeza sim” e o 9=“Não sei”, que é uma opção adicional. Por meio dessas respostas, pode-se calcular um escore para cada atributo da APS (BRASIL, 2012; HARZHEIM et al., 2006). O instrumento validado possui 87 itens distribuídos nos atributos Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação e, também, os atributos Orientação familiar e comunitária e Competência cultural, acrescidos de grau de afiliação ao serviço (HARZHEIM et al., 2006). Nesta pesquisa, foram utilizados fragmentos do PCATool versão usuários adultos referentes às dimensões: Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Para a avaliação do vínculo do usuário, foram utilizadas as questões referentes ao Grau de Afiliação, que é componente de estrutura do atributo Longitudinalidade (BRASIL, 2010b). Utilizamos então os dados obtidos através destas questões para avaliar o vínculo, já que o PCATool não o contempla de forma direta.

4.4 UTILIZAÇÃO DE DADOS

Para este estudo foram selecionadas as respostas do banco de dados relativas às questões descritas como segue.

- Quanto ao acesso e acolhimento do usuário:

IV 01. Você utiliza Unidade/Posto de saúde do município de Porto Alegre?

- 1()Sim
2()Não

IV 03. Qual a Unidade/Posto de saúde que você utiliza?

IV 08. Quando você procurou a Unidade/Posto de Saúde pela última vez, por quem você foi atendido primeiro?

- 1()Médico
2()Dentista
3()Enfermeiro
4()Auxiliar de enfermagem
5()Técnico de enfermagem
6()Recepcionista
7()Agente Comunitário de Saúde/ACS
8()Guarda/Vigilante
9()Outro
10()Não sei

IV 10. Quando você chega a Unidade/Posto de Saúde existe algum profissional que disponibiliza tempo para te escutar?

- 1() Sim
- 2() Não
- 3() Não sei

IV 11. Na última vez que procurou a Unidade/Posto de Saúde, você foi atendido(a)?

- 1() Sim
- 2() Não

- Quanto ao vínculo do usuário:

V01. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- 1() Não
- 2() Sim

V04. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- 1() Não
- 2() Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
- 3() Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente

V07. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- 1() Não
- 2() Sim, mesmo que V 1. e V 4. acima
- 3() Sim, o mesmo que V 1. somente
- 4() Sim, o mesmo que V 4. somente
- 5() Sim, diferente de V 1. e V 4

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O Banco de dados foi construído a partir de um formulário de coleta de dados realizado num aplicativo para o sistema operacional Android. As análises foram feitas utilizando o software SPSS v.18 e foram realizadas análises descritivas, por meio de análises de frequência dos dados coletados. Para fins de análise de associação entre variáveis de acolhimento e vínculo com variáveis sócio-demográficas e características dos serviços de saúde, foram realizadas análises por meio do teste qui-quadrado. O valor considerado para rejeição da hipótese nula foi de 0,05.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre e à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia/COMPESQ-ODO da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Os dados obtidos foram mantidos confidenciais e anônimos, prevendo procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico financeiros ao participante do estudo e foram utilizados somente para esta pesquisa.

5 RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, podemos identificar e reconhecer a população participante do estudo. Identificamos a maioria da amostra sendo feminina, com 144 mulheres (67,29%) entre 214 participantes. Quanto à faixa etária, a população estudada possuía um total de 26% de pessoas entre 18 e 39 anos, 27,1% de pessoas entre 40 e 59 anos e 46% com 60 anos ou mais. Já com relação à escolaridade, 41,59% da amostra cursou do ensino fundamental ao médio, sendo essa a categoria mais frequente de escolaridade. As pessoas que completaram até o ensino fundamental representavam 20,56% e quem possuía ensino técnico, superior ou pós-graduação representava 37,85% da amostra.

Quando se questionou a raça/cor dos participantes, a maioria se autodeclarou branca (73,36%) e 26,64% autodeclarou-se negro, pardo, entre outros. Quanto ao acesso ao serviço privado e público, os dados mostram que apenas 4,90% acessa somente o serviço privado, tendo 95,10% da amostra acessando o serviço público em busca de algum atendimento, seja vacinação, seja consultas, entre outros serviços oferecidos pela Atenção Básica.

Tabela 1 – A amostra

Sexo	F	144 (67,29%)
	M	70 (32,71%)
Faixa Etária	18-39	57 (26,64%)
	40-59	58 (27,10%)
	60 ou mais	99 (46,26%)
Escolaridade	Até fundamental	44 (20,56%)
	Fundamental ao Médio	89 (41,59%)
	Técnico, Superior, Pós	78 (37,85%)
Raça/Cor	Não Branco	57 (26,64%)
	Branco	157 (73,36%)
Privado	Sim	10 (4,90%)
	Não	194 (95,10%)
	Não responderam	10

5.1 ACOLHIMENTO

Quando se diz respeito à região em que o usuário acessa o serviço, conseguiu-se cobrir três gerências distritais, sendo estas a gerência Centro representando 49,64%, a gerência Partenon e Lomba do Pinheiro (PLP) 25,90%, e a gerência Restinga (RES) 22,30% da amostra. Dentre estes, ainda houve pessoas que acessavam o serviço em regiões diferentes como Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas (NHNI) e Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) com 0,72% e 1,44%, respectivamente.

Tabela 2– Distribuição da amostra

Gerência	n (%)
Centro	69 (49,64%)
GCC	2 (1,44%)
NHNI	1 (0,72%)
PLP	36 (25,90%)
RES	31 (22,30%)

Ao investigar-se por quem o usuário foi atendido primeiro em sua última procura pela unidade, a maioria (64,75%) relata ter sido a recepcionista o primeiro contato. A segunda figura que mais aparece como responsável pelo primeiro contato do paciente com a unidade é o guarda/vigilante (10,07%). Somente em terceiro, quarto e quinto lugar aparecem as figuras do auxiliar e técnico de enfermagem e do enfermeiro.

Tabela 3 – Profissional que tem o primeiro contato com o usuário

Profissional	n (%)
Auxiliar de Enfermagem	12 (8,63%)
Técnico de Enfermagem	7 (5,04%)
Enfermeiro	6 (9,35%)
Recepcionista	90 (64,75%)
Guarda/Vigilante	14 (10,07%)
Não sei	3 (2,16%)

Uma pergunta importante levantada através do questionário para identificar a uma das ações de acolhimento é se quando os usuários chegam a Unidade/Posto de Saúde existe algum profissional que disponibiliza tempo para escutá-los. A maioria dos usuários não soube responder com clareza essa questão, tendo 47,48% respondido que não sabia, 30,22% respondido que sim e 22,30% respondido que não.

Tabela 4 – Tempo para escutar

Tempo para Escutar	n (%)
Sim	42 (30,22%)
Não	31 (22,30%)
Não Sei	66 (47,48%)

Não houve resultado estatisticamente relevante em relação às questões sócio demográficas e a disponibilização de tempo para escuta do usuário.

Tabela 5 - Tempo para escuta em relação a sexo, idade e escolaridade.

Quando você chega a Unidade/Posto de Saúde existe algum profissional que disponibiliza tempo para te escutar?					
	Sim	Não	Não Sei	Total	<i>P</i>
<u>Sexo</u>					
Masculino	13 (30,95%)	8 (25,81%)	23 (34,85%)	44 (31,65%)	
Feminino	29 (69,05%)	23 (74,89%)	43 (65,15%)	95 (68,35%)	0,667
<u>Idade</u>					
18-39	8 (19,05%)	8 (25,81%)	15 (22,73%)	31 (22,30%)	
40-59	12 (28,57%)	7 (22,58%)	21 (31,82%)	40 (28,78%)	
60 ou mais	22 (52,38%)	16 (51,61%)	30 (45,45%)	68 (48,92%)	0,859
<u>Escolaridade</u>					
Até o ensino fundamental	9 (21,43%)	13 (41,94%)	11 (16,67%)	33 (23,74%)	
Do fundamental ao médio	18 (42,86%)	11 (35,48%)	32 (48,48%)	61 (43,88%)	
Técnico e superior	15 (35,71%)	7 (22,58%)	23 (34,85%)	45 (32,37%)	0,098

Ao perguntar se o paciente havia sido atendido na última vez que em procurou a Unidade/Posto de Saúde, a maioria das respostas foi positiva com 92,09%.

Tabela 6 – Paciente foi atendido na última vez que procurou a Unidade

Foi atendido?	n (%)
Sim	128 (92,09%)
Não	11 (7,91%)

Quanto à associação entre a questão anterior com sexo, idade e escolaridade, nenhuma associação significativa foi encontrada.

Tabela 7 – Paciente atendido em relação a sexo, idade e escolaridade

Na última vez que procurou a Unidade/Posto de Saúde, você foi atendido(a)?				
	Sim	Não	Total	<i>p</i>
<u>Sexo</u>				
Masculino	41 (32,03%)	3 (27,27%)	44 (31,65%)	
Feminino	87 (67,97%)	8 (72,73%)	95 (68,35%)	1,0
<u>Idade</u>				
18-39	26 (20,31%)	5 (45,45%)	31 (22,30%)	
40-59	37 (28,91%)	3 (27,27%)	40 (28,78%)	
60 ou mais	65 (50,78%)	3 (27,27%)	68 (48,92%)	0,134
<u>Escolaridade</u>				
Até o ensino fundamental	30 (23,44%)	3 (27,27%)	33 (23,74%)	
Do fundamental ao médio	56 (43,75%)	5 (45,45%)	61 (43,88%)	
Técnico e superior	42 (32,81%)	3 (27,27%)	45 (32,37%)	0,921

5.2 VÍNCULO

Outra questão importante levantada através de questões do PCATool para identificar o grau de afiliação dos usuários com o serviço é se há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde eles geralmente vão quando ficam doentes ou precisam de conselhos sobre a sua saúde. A maioria dos usuários entrevistados (63,65%) relata que sim, possuem um profissional ou serviço de saúde que frequentam mais quando precisam solucionar questões relacionadas à saúde.

Tabela 8 – Grau de afiliação (questão 1)

Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?	n (%)
Não	78 (36,45%)
Sim	136 (63,65%)

Ao investigar-se se há alguma associação entre o grau de afiliação e as variáveis de sexo, idade e escolaridade, nenhuma associação significativa foi encontrada.

Tabela 9 - Grau de afiliação (questão 1) em relação a sexo, idade e escolaridade

Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?				
	Sim	Não	Total	<i>p</i>
<u>Sexo</u>				
Masculino	39 (28,68%)	31 (39,74%)	70 (32,71%)	
Feminino	97 (71,32%)	47 (60,26%)	144 (67,29%)	0,66
<u>Idade</u>				
18-39	29 (21,32%)	28 (35,90%)	57 (26,64%)	
40-59	37 (27,21%)	21 (26,92%)	58 (27,10%)	
60 ou mais	70 (51,47%)	29 (37,18%)	99 (46,26%)	0,46
<u>Escolaridade</u>				
Até o ensino fundamental	23 (16,91%)	21 (26,92%)	44 (20,56%)	
Do fundamental ao médio	58 (42,65%)	31 (39,74%)	89 (41,59%)	
Técnico e superior	55 (40,44%)	26 (33,33%)	81 (37,85%)	0,204

Ao serem questionados se há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que os/as conhecem melhor como pessoa, duas respostas foram similares: 42,06% das pessoas disseram não haver um profissional ou serviço de saúde que o conhecem melhor como pessoa, já 43,46% afirma ter o mesmo profissional ou serviço de saúde relatado na questão anterior como alguém que o conhece melhor como pessoa. Outros 14,49% disseram haver um profissional ou serviço de saúde que o conhecem bem como pessoa e não são os citados

anteriormente. Quanto à segunda questão do grau de afiliação relacionada com sexo, idade e escolaridade (Tabela 11) também não foram encontradas associações significativas.

Tabela 10 – Grau de afiliação (questão 2)

Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?	n (%)
Não	90 (42,06%)
Sim, mesmo médico/ enfermeiro ou serviço de saúde que acima.	93 (43,46%)
Sim, médico/enfermeiro ou serviço de saúde.	31 (14,49%)

Tabela 11 - Grau de afiliação (questão 2) em relação a sexo, idade e escolaridade

Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?					
	Não	Sim 1 ³	Sim 2 ⁴	Total	<i>p</i>
<u>Sexo</u>					
Masculino	33 (36,67%)	27 (29,03%)	10 (32,26%)	70 (32,71%)	
Feminino	57 (63,33%)	66 (70,97%)	21 (67,74%)	144 (67,29%)	0,545
<u>Idade</u>					
18-39	27 (30%)	19 (20,43%)	11 (35,48%)	57 (26,64%)	
40-59	29 (32,22%)	22 (23,66%)	7 (22,58%)	58 (27,10%)	
60 ou mais	34 (37,78%)	52 (55,91%)	13 (41,94%)	99 (46,26%)	0,110
<u>Escolaridade</u>					
Até o ensino fundamental	21 (23,33%)	21 (22,58%)	2 (6,45%)	44 (20,56%)	
Do fundamental ao médio	39 (43,33%)	34 (36,56%)	16 (51,61%)	89 (41,59%)	
Técnico e superior	30 (33,33%)	38 (40,86%)	13 (41,94%)	81 (37,85%)	0,219

Quando se perguntou aos usuários se existia um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que eles consideravam mais responsável por seu atendimento de saúde, a maioria das respostas (58,41%) foi afirmativa para o mesmo ou outro profissional/serviço de saúde que as

³ Sim 1 = Sim, mesmo médico/enfermeiro ou serviço de saúde que acima.

⁴ Sim 2 = Sim, médico/enfermeiro ou serviço de saúde diferente.

questões anteriores. Uma grande parcela da amostra (41,59%) respondeu que não considera nenhum profissional ou serviço de saúde mais responsável pelo seu atendimento de saúde.

Tabela 12 – Grau de afiliação (questão 3)

Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?	n (%)
Não	89 (41,59%)
Sim	125 (58,41%)

É possível perceber, através da tabela 13, uma associação significativa entre a terceira questão do grau de afiliação e a variável idade dos participantes, sendo demonstrando que quanto mais idade o participante tem, mais ele considera um profissional ou serviço de saúde responsável pelo seu atendimento.

Tabela 13 – Grau de Afiliação (questão 3) em relação a sexo, idade e escolaridade

Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?				
	Sim	Não	Total	<i>p</i>
<u>Sexo</u>				
Masculino	37 (29,60%)	33 (37,08%)	70 (32,71%)	
Feminino	88 (70,48%)	56 (62,92%)	144 (67,29%)	0,158
<u>Idade</u>				
18-39	28 (22,40%)	29 (32,58%)	57 (26,64%)	
40-59	30 (24%)	28 (31,46%)	58 (27,10%)	
60 ou mais	67 (53,60%)	32 (35,96%)	99 (46,26%)	0,037
<u>Escolaridade</u>				
Até o ensino fundamental	24 (19,20%)	20 (22,47%)	44 (20,56%)	
Do fundamental ao médio	51 (40,80%)	38 (42,70%)	89 (41,59%)	
Técnico e superior	50 (40%)	31 (34,88%)	81 (37,85%)	0,711

6 DISCUSSÃO

Dentre os dados encontrados, podemos levantar algumas questões importantes que podem contribuir para o entendimento e discussão deste trabalho. Grande parte da população pesquisada (69%) não sabia ou não identificava algum profissional dentro da unidade que disponibilizasse tempo para escutá-los. Esse resultado expõe o que pode ser uma falha no contato do paciente com a unidade, tendo mais de metade desta população demonstrado não estar familiarizada com esta prática ou não ter tido a aproximação de um profissional interessado em escutá-lo ao chegar à Unidade.

Juntamente com este dado, 74% da população relatou ser recebida na unidade por recepcionistas e guardas/vigilantes. Embora essas sejam figuras importantes para proporcionar um bom acolhimento aos usuários, eles não estão incluídos na portaria 2.488 como parte da equipe (BRASIL, 2011), portanto cada município e até mesmo cada equipe se posiciona de uma maneira diferente em relação à contratação ou não dos mesmos. Juntamente com essas figuras, os profissionais de saúde são essenciais para a realização do acolhimento. Por isso, as unidades devem possuir uma organização que proporcione a realização efetiva do acolhimento pelos diferentes profissionais de saúde. Pensando no atendimento, 92,09% dos participantes relataram terem sido atendidos da última vez em que estiveram na unidade de saúde, o que demonstra que os usuários podem até não se sentirem acolhidos ao chegarem a unidade, mas o serviço acaba atendendo às suas demandas de alguma forma.

Quanto à vinculação do paciente com profissionais e serviços 63,65% das pessoas responderam que possuem um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde geralmente vão quando ficam doente ou precisam de conselhos sobre saúde. Quando questionados se há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde, 58,41% respondeu que sim, mas 42,06% dos usuários consideraram que não há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa. Esses dados remetem à ideia de que há questões relacionadas ao vínculo que não estão sendo contempladas na relação do profissional com o paciente da Atenção Básica, como o conhecimento dos aspectos sociais em que o usuário está inserido, o que possibilitaria um melhor entendimento de sua condição de saúde.

De uma maneira geral, a vinculação do paciente com um médico/enfermeiro ou serviço de saúde quando analisadas com as variáveis de sexo e escolaridade não demonstraram ter relação em nenhuma das três questões do grau de afiliação dos

participantes. Já a variável idade se mostrou significativamente relevante para pessoas a partir de 60 anos que acreditam ter um médico/enfermeiro ou serviço de saúde mais responsável pelo seu atendimento. É importante ressaltar que segundo o estatuto do idoso, podemos considerar idosas “as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2003, p. 07), portanto entendemos que os idosos, de fato, criam e necessitam de um maior vínculo com seus profissionais de saúde.

Ao pensarmos no acolhimento, existem estudos que o exploram como algo além do momento de triagem, entendendo o ato de acolher como diferentes interações que acontecem entre usuários e profissionais. Mesmo o protocolo de Saúde Bucal do Município de Porto Alegre traz como parte do acolhimento a interação do usuário com os profissionais da portaria e da recepção, sendo estes o primeiro contato do paciente com a unidade. Eles se encarregam de saudar, identificar e direcionar os usuários para atendimento. (PORTO ALEGRE, 2014) Além disso, o trabalho de Santos et al. (2016), realizado com uma população idosa, traz essa reflexão da existência de interação entre estes trabalhadores e os usuários idosos assim que chegam ao serviço, sendo esta a primeira forma de acolhimento. Os enfermeiros foram os profissionais mais procurados (39%) no momento da chegada à Unidade, seguido pelos recepcionistas/vigilantes (20%), e médicos (20%), o que vai ao encontro dos resultados deste trabalho quanto aos profissionais que tem o primeiro contato com os usuários.

Uma situação que chama atenção é a falta de procura pela figura do dentista quando os usuários chegam à unidade, mostrando como a equipe de saúde bucal ainda encontra-se distante do processo de acolhimento do usuário. Pinheiro e Oliveira (2011) trazem dados de que os dentistas enxergam o acolhimento como um momento de triagem e ainda encontram dificuldade na criação de vínculo com os usuários por estarem muito atrelados à prática clínica e não conseguirem usar os dispositivos da AB, como as visitas domiciliares, para aprofundamento das relações com a comunidade. Essa é uma barreira importante que precisa ser ultrapassada já que o acolhimento e o vínculo são tecnologias que precisam utilizadas por todos profissionais da equipe.

É importante destacar novamente que o conceito de vínculo e acolhimento não pode ser estático e precisa ser formado à medida que as interações acontecem. Quando alguns autores falam sobre vínculo trazem questões importantes sobre este ser uma relação de amizade, respeito, sinceridade. Eles mostram outro aspecto interessante dessa tecnologia, mostrando-a como “uma conquista, não um acontecimento imediato” (COELHO; JORGE,

2009, p. 1527), algo que demanda empatia e a necessidade de colocar-se no lugar do outro, oportunizando a corresponsabilização e a autonomia do paciente.

Quanto ao PCATool como ferramenta de avaliação, entende-se que o atributo longitudinalidade é composto pelo componente estrutural (grau de afiliação) e o componente processual (o próprio atributo longitudinalidade). Para Damasceno (2014), o grau de afiliação, por si só, demonstra uma situação positiva relacionada ao vínculo, já que este item faz parte da avaliação da longitudinalidade e compreende a Unidade como referência para o atendimento do usuário. A mesma autora encontrou a longitudinalidade como o único atributo essencial que obteve uma avaliação satisfatória em seu estudo. Fracolli et al. (2015) também percebem um alto grau de afiliação por meio do PCATool em seu trabalho, remetendo-se a perspectiva de continuidade do cuidado, associado à isso, a boa avaliação do atributo longitudinalidade.

Outros estudos trazem a questão do vínculo e da longitudinalidade como pontos fortes da Atenção Básica no município de Porto Alegre. Araújo et al. (2014) avaliaram, sob a perspectiva do idoso, a AB e encontraram médias satisfatórias para este atributo em relação aos demais, obtendo também associação significativa em relação à faixa de idade mais avançada (80 anos e mais) e a longitudinalidade. Os mesmos autores discutem tal associação pelo fato destes usuários serem mais acometidos por doenças crônicas demandando mais cuidados do serviço e consultas mais frequentes aos profissionais. Paskulin, Valer e Vianna (2011) trazem a questão de os idosos que se percebem doentes e portadores de doenças crônicas possuírem uma maior utilização dos serviços de Atenção Básica. Além disso, deve-se considerar a maior disponibilidade de tempo que o idoso possui, devido à sua condição de aposentado, o que oportuniza mais facilidade de acesso e, portanto, maior capacidade de formação de vínculo com profissionais e serviços.

Ao encontrar-se associação entre uma faixa etária mais elevada e a responsabilização dos profissionais pelo atendimento de saúde, é necessário problematizar este resultado. A corresponsabilização é algo essencial na Atenção Básica e demanda cooperação e entendimento por ambas as partes: usuários e profissionais. Pode-se entender, através dos dados encontrados, que o paciente idoso tem mais dificuldade de enxergar-se como responsável pela sua própria saúde, transferindo essa atribuição majoritariamente para o profissional que lhe atende.

Outro ponto importante que deve ser discutido é a questão de a maioria da população não saber ou não achar que algum profissional poderia disponibilizar tempo para escutá-lo

quando chega à unidade. Alguns autores mostram em seu trabalho sobre acesso e acolhimento em Porto Alegre que uma “boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional” (RAMOS; LIMA, 2003, p.32) demonstram qualidade no atendimento. Os usuários descreveram como uma boa recepção a ação de tratar bem o paciente e reconhecê-lo enquanto pessoa e usuário do sistema. Estes autores relatam que apesar de haver situações onde os usuários não foram bem recebidos, com falta de interesse dos profissionais, e um tratamento áspero, houve predomínio das situações que demonstraram “bom acolhimento [...] quanto à expectativa do usuário em sua relação com o trabalhador de saúde” (RAMOS; LIMA, 2003, p. 32). Estes dados parecem não condizer com os encontrados, já que a maioria da população não soube responder essa questão, ou o fez negativamente.

Ao identificarmos um resultado significativo em relação aos idosos que sentem algum profissional ou serviço de saúde mais responsáveis por seu atendimento já percebemos a existência de um vínculo, e a partir daí refletimos sobre as implicações desta relação estabelecida. O atendimento ao idoso demanda mais tempo, capacidade de lidar com pacientes poliqueixosos e com diversas demandas concomitantes, que desafiam o processo de integralidade da Rede de Atenção. Aliando-se a isso, existe a sobrecarga das agendas, profissionais não capacitados e sem paciência que tornam ainda mais dificultoso o processo terapêutico do usuário idoso. (MOTTA, 2011) O acolhimento e vínculo, nestes casos, são facilitadores e importantes dispositivos que precisam estar presentes e serem usados a favor de todos: usuários, serviços e profissionais.

No trabalho de Santos et al. (2016) foi possível perceber que o fato de os idosos se sentirem bem atendidos e acolhidos estava relacionado a dispositivos de humanização. Estes incluem aspectos como o tratamento pelo nome (o que indica conhecimento prévio do usuário, além de uma relação mais amistosa, com entendimento da história de vida do paciente), uma escuta qualificada e com capacidade de atender as necessidades dos idosos (mesmo com estes pacientes demandando mais tempo) e a percepção de responsabilização do profissional pela saúde do usuário. Tais achados não podem ser considerados condizentes com este estudo na medida em que os usuários não se sentiram escutados ao chegarem na Unidade ou não sabiam opinar sobre isto.

Este trabalho buscou avaliar o uso das tecnologias leves no município de Porto Alegre por meio de atributos avaliados a partir do PCATool. Dentre as limitações do estudo está a avaliação de apenas alguns componentes ligados ao acolhimento e vínculo, não abrangendo

todos os itens que podem ser utilizados para tal avaliação. Houve randomização de três das oito gerências distritais do município de Porto Alegre para a coleta de dados, podendo não ter sido incluído uma parcela da população com características importantes para definição dos resultados. Além disso, encontraram-se dificuldades para a aplicação do questionário na casa das pessoas, já que em horário comercial muitos usuários trabalham e não estão em casa. Muitas pessoas sentiram medo de possível violência, e recusaram-se a responder o questionário. A violência urbana afetou também a equipe que teve um dos tablets roubado durante ida a campo.

Pode-se destacar a minimização de viés relacionado aos serviços utilizados durante a realização do questionário, visto que a coleta de dados se deu no domicílio dos participantes, um ambiente com menor possibilidade de interferências segundo Araújo (2014). Outro importante ponto foi a aproximação dos aplicadores do questionário com diferentes populações, tendo a oportunidade de escutar as queixas, anseios, e percursos individuais de saúde que os cidadãos possuem dentro e fora do serviço. Ao entender-se e escutar como ocorrem certas interações na Atenção Básica, percebe-se a necessidade de expansão do conceito e dos processos de acolhimento, além de uma maior visibilidade e compreensão de como ocorre o vínculo dos pacientes, em especial do idoso, com o serviço/profissionais, destacando o quanto se precisa estar preparado para atender essa população.

Com os resultados deste trabalho pode-se perceber que o acolhimento ainda ocorre como prática centrada na triagem e nos encaminhamentos das demandas dos usuários, faltando escuta qualificada e a disponibilização de tempo pelos profissionais para acolher o usuário desde o momento em que ele chega à unidade até o atendimento de sua demanda. Entende-se que o processo de formação de vínculo e da longitudinalidade do cuidado tem ocorrido e se tornado cada vez mais efetivo, ao mesmo tempo, ainda percebem-se lacunas quanto ao que é preconizado para o atendimento de saúde na Atenção Básica e o que consegue ser realmente realizado.

Para melhorar e aprimorar estes aspectos é indispensável pensar-se na formação e constante atualização dos profissionais que atuam diretamente com os usuários. Qualificar e capacitar estes profissionais proporcionará melhores desempenhos nos serviços de saúde. Uma das maneiras pela qual isto pode acontecer quando o profissional já está inserido no sistema é por meio da educação permanente. A mesma caracteriza-se por uma “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20), encontrando nos problemas e adversidades da prática a

possibilidade de mudança. A educação permanente em saúde precisa contar com o apoio da gestão que, por meio do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, colabora, investe e incentiva ações para a constante capacitação de seus profissionais.

Outro aspecto essencial para a mudança e implementação efetiva das tecnologias leves como dispositivos humanizadores é a melhoria do processo de formação dos profissionais de saúde, o qual deve envolver não só o ensino em si, mas também a gestão, a atenção e o controle social, chamado de quadrilátero da formação. (CECCIM, FEURERWERKER; 2004) Cada uma dessas instâncias possui papel essencial para que a adequada interação entre ensino-serviço ocorra.

Sendo assim, a realidade do uso das tecnologias leves vem mudando e aprimorando-se de diferentes maneiras de acordo com cada realidade brasileira nos serviços de Atenção Básica. Por isso, é necessário continuar procurando entender e pesquisar sobre o assunto para compreender sua dinamicidade e consolidação na busca do atendimento ideal para população, além de investir na educação permanente em saúde e na formação dos futuros profissionais, capacitando os mesmos para melhor usarem esses dispositivos a favor da população.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. U. A. et al . Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, ago. 2014.
- BARRA S. A. R.; OLIVEIRA L. M. L. O acolhimento na Atenção Primária à Saúde: Dispositivo Disparador de Mudanças na Organização do Processo de Trabalho. **Revista APS**, Juíz de Fora, v. 15, n. 2, p. 126-138, abr./jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003. 66p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, 2010a.
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.
- BULGARELLI, P. T.; **Acesso a atenção primária em Porto Alegre: perspectiva do usuário**. 2017. 61 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

- CARLOS, D. M. As Tecnologias Leves no contexto da Estratégia de Saúde da Família: (Re)organização do trabalho e das relações interpessoais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. p. 8552-8555.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p.1523-1531, out. 2009.
- CUNHA, E.M. **Vínculo longitudinal na Atenção Primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2009. 171 p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- DAMASCENO, S. S. **Avaliação da orientação à Atenção Primária à saúde da criança**. 2014. 130 p. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade da Paraíba, Paraíba, 2014.
- FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-529, dec. 2007.
- FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **Mundo saúde (Impr.)**. São Paulo. v. 39, n.1, p. 54-61, jun. 2015.
- FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.
- HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.
- MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. gaúch. enferm**, Porto Alegre. v. 25, n. 1, p. 17-25, abr. 2004.
- MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde debat**, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-74.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, jun 2011.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 185-198, mar. 2011.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de áreas técnicas. Área técnica de saúde bucal. **Protocolo de atenção em saúde bucal de porto alegre: organização da rede e fluxos de atendimento**. Porto Alegre, 2014.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

SANTOS, M. O. et al. Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18 n. 2, p. 42-51, abr./jun. 2016.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

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

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família.** Salvador: Ed. EDUFBA, 2006.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa "Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre: Perspectiva do usuário", que tem o objetivo de avaliar o acesso dos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção do usuário no município de Porto Alegre. Buscamos caracterizar o acesso a esses serviços de saúde, inclusive o serviço de saúde bucal e analisar o acesso aos serviços de APS nos distritos sanitários a partir do ponto de vista do usuário.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista com perguntas que respondam a estas questões. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, pois trata-se da aplicação de um questionário para avaliar a qualidade do serviço de saúde e, também, de saúde bucal que o Sr(a) utiliza, estilo de vida e questões sócio demográficas, como renda e escolaridade. Caso haja algum dano de ordem emocional ou psíquica diretamente relacionada com sua participação nesta pesquisa o Sr.(a) será encaminhado ao serviço de saúde municipal de referência.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria das condições dos serviços, como por exemplo a dinâmica de agendamentos, a ampliação do horário de atendimento, entre outros. Para isso, será necessário disponibilizar seu tempo de uma hora do seu tempo para responder o questionário no seu domicílio.

Será assegurado ao participante desta pesquisa:

1. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta;
2. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que o seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou sua família será divulgado, nem mesmo para sua equipe de saúde de referência;
3. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o (a) participante assim o decidir, sem que isto traga prejuízo à continuação do seu cuidado e/ou do seu tratamento;

Após ter sido informado sobre a pesquisa de forma clara e detalhada e ter esclarecido minhas dúvidas eu

_____ (usuário do serviço de saúde) concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Patrícia Távora Bulgarelli, com o seu orientador Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, nos telefones e e-mails abaixo descritos. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo de meu atendimento na unidade de saúde, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____ pelo _____ enquanto eu estava presente.

_____ de _____ 2016.

Assinatura do Participante
Nome do Participante:
Data:



Assinatura do Pesquisador
Nome do Pesquisador: Fernando Neves Hugo
Data:

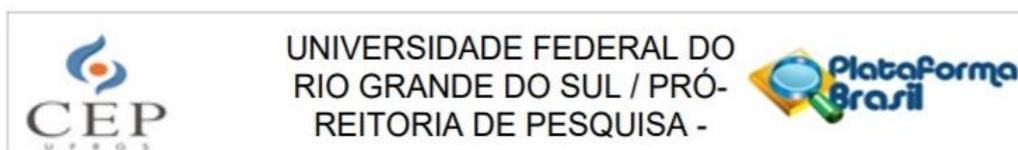
Endereços para contato:

Pesquisadora: Patrícia Távora Bulgarelli, telefone (51) 3308-5204, e-mail prtavora@hotmail.com

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, telefone (51) 3308-5204, e-mail fernando.hugo@ufrgs.br

No caso de qualquer dúvida ética, poderá entrar em contato com Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do município de Porto Alegre, Maria Mercedes Bendati, telefone (51) 3289-2451, e-mail: mercedes@sms.prefpoa.com.br.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre, perspectiva do usuário

Pesquisador: Liliane Maria dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57123316.8.3001.5347

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.716.586

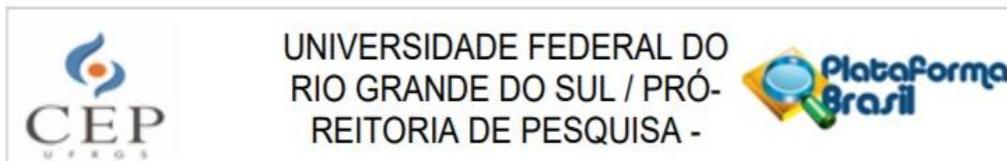
Apresentação do Projeto:

Estudo transversal de base em serviços. Trata-se de um estudo desenvolvido por meio de um método misto do tipo sequencial [QUANqual]. A combinação de métodos é uma alternativa para a abordagem de questões complexas da área de saúde bem como o trabalho com diferentes perspectivas de olhar para diferentes dados que compõe um mesmo objeto de pesquisa (DRIESSNACK, 2007).

Metodologicamente o estudo divide-se em dois momentos. O momento quantitativo, dentro de um desenho metodológico de cunho exploratório transversal, o qual terá dados coletados por meio da aplicação de um questionário construído com fragmentos de questionários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (Dados de Identificação, Características de Educação e Rendimentos Domiciliares), Pesquisa Nacional de Saúde/PNS (Informações do Domicílio, Cobertura de Plano de Saúde, Visitas Domiciliares de Equipes de Saúde, Estilo de Vida, Utilização de Serviços de Saúde e Saúde Bucal) e do PCATool (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade).

O segundo momento refere-se a um desenho qualitativo descritivo com coleta de dados por meio de entrevista semidirigida. Fundamentada no pressuposto metodológico da complementariedade (DRIESSNACK, 2007), a análise de dados coletados qualitativamente aprofundará a compreensão do objeto de pesquisa estudado para o município de Porto Alegre/RS.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.716.586

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção do usuário adulto no município de Porto Alegre/RS.

Objetivo Secundário:

Verificar possíveis associações entre aspectos sociais, demográficos e a autopercepção de saúde como acesso aos serviços de APS.

Verificar possíveis associações entre aspectos sociais, demográficos e a autopercepção de saúde bucal como acesso aos serviços de saúde bucal na APS.

Avaliar o acesso dos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção do usuário no município de Porto Alegre.

Analisar o acesso aos serviços de APS nas gerências distritais a partir da percepção do usuário.

Analisar o acesso aos serviços de Saúde Bucal nos serviços de APS a partir da percepção do usuário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Conforme o TCLE, "os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, pois se trata da aplicação de um questionário para avaliar a qualidade do serviço de saúde e, também, de saúde bucal que o (a) Sr (a) utiliza, hábitos de vida e questões sócio demográficas, como renda e escolaridade. Caso haja algum dano de ordem emocional ou psíquica diretamente relacionado com sua participação nesta pesquisa o (a) Sr.(a) será encaminhado (a) ao serviço de saúde municipal de referência.

BENEFÍCIOS:

Este estudo não implica em nenhum benefício direto aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa coordenada por Liliene Maria dos Santos, pesquisadora vinculada à SMS de Porto Alegre, que conta com a participação dos pesquisadores Fernando Neves Hugo e Patricia Tavora Bulgarelli, vinculados à UFRGS, sendo o primeiro pesquisador dessa instituição e orientador de mestrado da segunda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.716.586

Os termos foram todos apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Projeto encaminhado para aprovação pelo CEP-UFRGS

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_728149.pdf	15/07/2016 10:53:24		Aceito
Outros	termo_de_utilizacao.PDF	15/07/2016 10:52:49	Patricia Tavora Bulgarelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_patricia.pdf	15/07/2016 10:50:41	Patricia Tavora Bulgarelli	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_728149.pdf	13/06/2016 19:52:32		Aceito
Outros	carta_ao_gestor.pdf	13/06/2016 19:51:33	Liliane Maria dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	13/06/2016 19:49:33	Liliane Maria dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLATAFORMA.pdf	13/06/2016 19:47:21	Liliane Maria dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_Plataforma.pdf	13/06/2016 19:45:21	Liliane Maria dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.716.586

PORTO ALEGRE, 08 de Setembro de 2016

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso a Atenção Primária em Porto Alegre, perspectiva do usuário

Pesquisador: Liliane Maria dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57123316.8.0000.5338

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.670.384

Apresentação do Projeto:

O estudo aqui proposto é do tipo Pesquisa Avaliativa, que pretende produzir conhecimento que contribua para orientar decisões futuras quanto ao modelo de atenção a partir dos resultados obtidos. A posição do avaliador é externa ao processo. O enfoque é de identificação de impactos de modelos de atenção na Atenção Primária à Saúde e da Saúde Bucal, onde a metodologia escolhida é para guiar a pesquisa e quantitativa (NOVAES, 2000). Este projeto foi construído a partir de demanda da Coordenação da Atenção Básica, da Ouvidoria e da Área Técnica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre/RS, que participaram de sua elaboração. O estudo divide-se em dois momentos. O momento quantitativo, dentro de um desenho metodológico de cunho exploratório transversal, o qual terá dados coletados por meio da aplicação de um questionário construído com fragmentos de questionários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (Dados de Identificação, Características de Educação e Rendimentos Domiciliares), Pesquisa Nacional de Saúde/PNS (Informações do Domicílio, Cobertura de Plano de Saúde, Visitas Domiciliares de Equipes de Saúde, Estilo de Vida, Utilização de Serviços de Saúde e Saúde Bucal), Alcohol Learning Centre/AUDIT e do PCATool (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade). O segundo momento refere-se a um desenho qualitativo descritivo com coleta de dados por meio de entrevista semidirigidas (ANEXO2). Fundamentada no pressuposto metodológico da

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.670.384

complementariedade (DRIESSNACK, 2007), a análise de dados coletados qualitativamente aprofundarão a compreensão do objeto de pesquisa estudado para o município de Porto Alegre/RS. Durante o treinamento os entrevistadores realizarão entrevistas simuladas. Para avaliar a capacitação será realizada uma saída de campo piloto, em duplas, onde um pesquisador aplica o questionário em um usuário, enquanto o outro o avalia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção do usuário adulto no município de Porto Alegre/RS.

Objetivos Específicos:

- Verificar possíveis associações entre aspectos sociais, demográficos e a autopercepção de saúde como acesso aos serviços de APS.
- Verificar possíveis associações entre aspectos sociais, demográficos e a autopercepção de saúde bucal como acesso aos serviços de saúde bucal na APS.
- Avaliar o acesso dos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio da percepção do usuário no município de Porto Alegre.
- Analisar o acesso aos serviços de saúde na APS nas gerências distritais a partir da percepção do usuário.
- Analisar o acesso aos serviços de Saúde Bucal na APS nas gerências distritais a partir da percepção do usuário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa, com tempo estimado de uma hora.

Benefícios:

Este estudo não implica em nenhum benefício direto aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Curso: Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva/PPGCol da UFRGS

Instituição: MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (UFRGS como co-participante)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.670.384

Responsável pela pesquisa: Liliane Maria dos Santos

Aluno: Patrícia Távora Bulgarelli

Local de realização: Todas as Gerências Distritais

Nº de participantes: 1.453

Duração do estudo: 2 anos

Data prevista conclusão: 31/07/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Ao realizar o relatório final deste estudo, realizar a troca da resolução que trata dos aspectos éticos em pesquisa, que na página 19, está citada a Resolução CNS 196/96 pela CNS 466/2012 que é a que está em vigor atualmente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências solicitadas foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_728149.pdf	15/07/2016 10:53:24		Aceito
Outros	termo_de_utilizacao.PDF	15/07/2016 10:52:49	Patrícia Távora Bulgarelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_patricia.pdf	15/07/2016 10:50:41	Patrícia Távora Bulgarelli	Aceito
Outros	carta_ao_gestor.pdf	13/06/2016 19:51:33	Liliane Maria dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompleto.pdf	13/06/2016 19:49:33	Liliane Maria dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_Plataforma.pdf	13/06/2016	Liliane Maria dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.670.384

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_Plataforma.pdf	19:45:21	Santos	Aceito
----------------	-------------------------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Agosto de 2016

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com