

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado em Saúde Pública

Renata Florêncio Santiago

**Qualidade do Atendimento nas Unidades
de Saúde da Família no Município do
Recife: a percepção dos usuários**

RECIFE
2010

RENATA FLORÊNCIO SANTIAGO

Qualidade do Atendimento nas Unidades de Saúde da Família no Município do Recife: a percepção dos usuários

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Antonio Wanderley Tavares

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S235q Santiago, Renata Florêncio.

Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no Município do Recife: a percepção dos usuários / Renata Florêncio Santiago. — Recife: R. F. Santiago, 2010.

132 p.: il., tabs, graf., mapas.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes, co-orientador: Ricardo Antonio Wanderley Tavares.

1. Avaliação em Saúde. 2. Satisfação dos Consumidores. 3. Programa Saúde da Família. 4. Serviços de Saúde. 5. Gestão de Qualidade. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia. II. Tavares, Ricardo Antonio Wanderley. III. Título.

CDU 614.2

RENATA FLORÊNCIO SANTIAGO

Qualidade do Atendimento nas Unidades de Saúde da Família no Município do Recife: a percepção dos usuários

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Luci Praciano Lima
Depto. Medicina Social/CCS/UFPE

Orientador: Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
CpqAM/FIOCRUZ

**Aos meus pais, Clóvis e
Rinete por toda compreensão
e apoio incondicional.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu guia em todos os momentos.

À minha família, pais, irmãos e sobrinhos, pelo incentivo e torcida.

A Fabio Lessa, *in memoriam*, por ter me mostrado o quão grandioso é contribuir para a saúde pública.

Ao meu orientador, Antonio Mendes, pela competência e apoio na condução deste trabalho, e por ter aceitado o desafio de orientação à distância.

Ao grupo de pesquisa do LABSIS: Betise, Petra, Flávia e Vanessa, por todas as contribuições e parceria na condução deste trabalho.

Às estagiarias, Rafaela, Joyce, Luina, Mirela, Kátia, Halana, Michele e Sabrina, pelo incansável trabalho na aplicação dos questionários.

A Gaby, por toda disponibilidade, paciência e contribuições, sem esse auxílio seria difícil avançar em mais uma etapa na minha vida.

A Tadeu, por estar sempre presente e atender aos meus apelos.

Aos colegas de mestrado, em especial, às amigas Yluska, Carol e Raphaela, por todos os momentos de aflição compartilhados.

Às minhas novas amizades conquistadas, Érica, Cinthya e Lorena, que apesar do pouco tempo, se fizeram importantes na conclusão deste processo.

À Patrícia Ferraz, pela confiança e apoio.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

***“As avaliações fazem parte do dia-a-dia de todo ser humano.
Tentar fazer para a ciência, esta questão é sem dúvida um desafio”***

Lanny Filho e Tonial

SANTIAGO, R. F. **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família do Município do Recife: a percepção dos usuários**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Este estudo aborda uma questão que está na agenda dos gestores da saúde: a qualidade do atendimento prestado e de seus condicionantes. Para o município do Recife, uma avaliação da situação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família é de fundamental importância para a consolidação da política em construção. Diante disto, torna-se relevante avaliar como o esforço produzido tem sido percebido pelo principal ator envolvido no processo, o usuário. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Recife, onde foram entrevistados 939 usuários, distribuídos em 48 ESF de forma proporcional entre os seis distritos sanitários. Os usuários das USF são caracterizados como uma população adulta jovem, do sexo feminino, casada, com baixo nível de escolaridade, dona de casa e que moram no mesmo bairro em que a unidade está localizada. Estes usuários apresentam vínculo com as unidades, tendo esta como referência para o seu atendimento. Foi identificado que o acesso às USF do Recife é decorrente de um bom planejamento do território de cobertura, da organização da demanda e da agilidade nos atendimentos. Percebeu-se que os usuários, apresentam maiores níveis de satisfação com o trabalho dos profissionais, em detrimento as condições oferecidas pelas unidades. Dentre as dimensões da qualidade avaliadas, as ações específicas do PSF, atividades do ACS, visita domiciliar médica e formação de grupos de educação em saúde, apresentaram níveis elevados de insatisfação. Os usuários do DS I apresentaram comportamento diferenciado dos demais distritos, com níveis de satisfação mais elevado. Pode-se concluir com este estudo, que apesar de se verificar nas USF, um movimento dos usuários na busca pela assistência como medida preventiva, de uma solidificação dos vínculos com a unidade e da existência de uma positiva inter-relação com os profissionais, observa-se a presença de um desvirtuamento dos preceitos da estratégia de saúde da família, trazendo à reflexão, qual realmente é o papel desempenhado pelas equipes de saúde da família no Recife.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Satisfação dos Consumidores, Programa Saúde da Família.

SANTIAGO, R. F. **Quality in Family Health Units in the city of Recife: the users perception.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This study approaches an issue that is on the agenda of health policy- managers: the quality of care provided and their limitations. For the Recife city, an evaluation in the Family Health Strategy treatment situation it is essential for the consolidation of the political construction. Forth this, becomes relevant to assess how the produced effort has been perceived by the main actor involved in the process, the user. This is related to a cross sectional study with a quantitative approach. The survey was conducted in Recife, where 939 users were interviewed, distributed pro rata in 48 FHS among the six health districts. Users are characterized as a young adult population, female, married, homemaker, which have a low education level and that live in the same neighborhood where the unit is located. These users are linked to the units, the latter as a reference for your treatment. It was identified that access to the FHUs in Recife is the result of a good planning about the coverage territory, the organization of demand and agility in emergency. It was noticed that the users have higher levels of satisfaction with the professionals' work rather than the conditions offered by the units. Among the quality dimensions assessed, the specific actions of the FHP, the Auxiliary of Community Health activities, the medical home visits and the formation of groups in health education, had higher levels of dissatisfaction. The DSI users differ significantly from other districts with higher levels of satisfaction. Based on this study it is possible to conclude that despite being found in the USF, a users movement in the search for assistance as a preventive measure, a solidification of ties with the unity and existence of a positive correlation with the professionals, it is noticed the presence of a distortion of the precepts of the family health strategy, bringing to reflection, which really is the role played by family health teams in Recife.

Key-words: Health Evaluation, Consumers Satisfaction, Health Family Program

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Histórico do percentual de cobertura das Equipes de Saúde da Família no Brasil, 1998-2008.....	19
Quadro 1 -	Matriz de Construção da Análise das Dimensões a serem Pesquisadas.	55
Figura 1 -	Mapa das Regiões Político – Administrativas e Microrregiões do Recife.....	60
Figura 2 -	Modelo de Atenção à Saúde da Cidade do Recife.....	61
Gráfico 2 -	Cobertura Populacional do PSF. Recife, 2000 a 2009.....	62
Quadro 2 -	Rede Assistencial básica por Distrito Sanitário sob gestão do Recife – 2008.....	62
Gráfico 3 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo sexo, 2009.....	73
Gráfico 4 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, por sexo e uso da unidade, 2009.....	76
Gráfico 5 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com a utilização da unidade, se primeiro contato ou não, 2009.....	77
Gráfico 6 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com a utilização da unidade, se sempre que apresenta um problema de saúde procura a unidade, 2009.....	78
Gráfico 7 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o nível de saúde auto-referido, 2009.....	79
Gráfico 8 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o uso de medicamentos contínuos, 2009.....	79
Quadro 3 -	Doenças auto-referidas pelos usuários das USF do Recife, 2009.....	80
Gráfico 9 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o tipo de marcação da consulta, 2009.....	81
Gráfico 10 -	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o tempo para a realização da consulta, 2009.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de atendimentos dos profissionais médico e enfermeiro no PSF.....	63
Tabela 2 –	Distribuição da amostragem a ser estudada segundo Distrito Sanitário e profissional de atendimento.....	64
Tabela 3 –	Distribuição dos usuários entrevistados segundo profissional de atendimento e Distritos Sanitários.....	72
Tabela 4 –	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo estado civil, 2009.....	73
Tabela 5 –	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo faixa etária, 2009.....	74
Tabela 6 –	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o cruzamento do bairro de moradia e o bairro de localização da unidade, 2009.....	74
Tabela 7 –	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo nível de escolaridade, 2009.....	75
Tabela 8 –	Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo o tipo de ocupação, 2009.....	75
Tabela 9 –	Distribuição dos moradores da residência dos entrevistados, segundo sexo e faixa etária, de acordo com a utilização da USF, 2009.....	77
Tabela 10 –	Distribuição dos usuários das USF do Recife, segundo número de doenças auto-referidas, 2009.....	80
Tabela 11 –	Distribuição dos usuários das USF do Recife, segundo forma de marcação da consulta, 2009.....	81
Tabela 12 –	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos médicos e enfermeiros no PSF por Distrito Sanitário do município do Recife, 2009.....	83
Tabela 13 –	Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais de acordo com o Distrito Sanitário, 2009.....	84
Tabela 14 –	Avaliação da satisfação dos usuários com o trabalho dos médicos e enfermeiros, segundo o profissional que realizou o atendimento, no PSF por Distrito Sanitário do município do Recife, 2009.....	85

Tabela 15 – Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais segundo faixa etária dos usuários, no PSF do município do Recife, 2009.....	86
Tabela 16 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais de acordo com a faixa etária dos usuários, 2009.....	86
Tabela 17 – Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais segundo o nível de escolaridade, no PSF do município do Recife, 2009.....	87
Tabela 18 – Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais segundo tipo de ocupação dos usuários, no PSF do município do Recife, 2009.....	87
Tabela 19 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade no PSF do município do Recife, 2009.....	88
Tabela 20 – Avaliação das questões de avaliação da qualidade do atendimento no PSF do Recife, 2009.....	90
Tabela 21 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade no PSF, nos Distritos Sanitários do município do Recife, 2009.....	93
Tabela 22 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação as dimensões da qualidade de acordo com os Distritos Sanitários, 2009.....	93
Tabela 23 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade, de acordo com o profissional que realizou atendimento, no PSF do município do Recife, 2009.....	94
Tabela 24 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade, por faixa etária dos usuários, no PSF do município do Recife, 2009.....	95
Tabela 25 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação as dimensões da qualidade de acordo com as faixas etárias dos usuários, 2009.....	95
Tabela 26 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade, por nível de escolaridade, no PSF do município do Recife, 2009.....	96
Tabela 27 – Avaliação geral da satisfação dos usuários com o atendimento por Distrito Sanitário no PSF do município do Recife, 2009.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- AMQ:** Avaliação de Melhoria da Qualidade
- BIRD:** Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
- CPqAM:** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
- DS:** Distrito Sanitário
- ELB:** Estudos de Linha de Base
- ESF:** Equipe de Saúde da Família
- FIOCRUZ:** Fundação Oswaldo Cruz
- GAB:** Gerência de Atenção Básica
- IPEA:** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- ISC:** Instituto de Saúde Coletiva
- MR:** Micro-região
- NOB:** Norma Operacional Básica
- OPAS:** Organização Pan-Americana de Saúde
- PAB:** Piso de Atenção Básica
- PACS:** Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PRO-ADESS:** Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
- PROESF:** Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
- PROGRAB:** Programação de Gestão por Resultado da Atenção Básica
- PSF:** Programa de Saúde da Família
- RPA:** Região Político Administrativa
- SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica
- SMS:** Secretaria Municipal de Saúde
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- UPE:** Universidade de Pernambuco
- USF:** Unidade de Saúde da Família
- ZEIS:** Zonas Especiais de Interesse Social
- ZEPA:** Zonas Especiais de Proteção Ambiental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil	16
1.2 Avaliação em Saúde: origem, conceitos e abordagens.....	27
1.3 Avaliação de Satisfação do Usuário.....	38
2 JUSTIFICATIVA.....	46
3 OBJETIVOS.....	49
3.1 Objetivo Geral.....	49
3.2 Objetivos Específicos.....	49
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	51
4.1 Desenho de Estudo.....	51
4.2 Método Adotado.....	52
4.3 Área de Estudo.....	59
4.4 População de Estudo.....	63
4.5 Coleta de Dados.....	64
4.6 Processamento e Análise dos Dados.....	67
4.7 Considerações Éticas.....	70
5 RESULTADOS.....	72
5.1 Caracterização dos Usuários.....	72
5.2 Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Atendimento.....	83
6 DISCUSSÃO.....	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICES.....	127

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O interesse dos gestores pela avaliação da qualidade é um fenômeno antigo, no entanto, ao longo do tempo, o foco da avaliação e os meios de realizá-la sofreram mudanças. Antes dos anos 80, o objetivo era a análise dos custos das atividades desenvolvidas e após este marco temporal, houve um maior enfoque na opinião dos atores envolvidos, na busca de informações que subsidiem a gestão e melhoria da qualidade (SERAPIONE, 1999).

Essa modificação pôde ser vista no Brasil com a criação do SUS, que trouxe o fortalecimento do controle social nas ações de saúde, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. Como também se evidencia, segundo Felisberto (2006), a partir das diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde, desenvolvidas de forma progressiva no Brasil e que tem sido colocada pelo Ministério da Saúde como uma necessidade para subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados.

Em conjunto com a importância da avaliação dos serviços de saúde, a criação do SUS, traz a mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil. Esta reorganização, que ocorre a partir da ampliação da Atenção Básica com enfoque na Estratégia de Saúde da Família, modifica o caráter assistencialista dos serviços de saúde, que passam a atuar visando a promoção e prevenção à saúde, com base na família e nas atividades comunitárias.

Especificamente para avaliação na atenção básica, diversos estudos têm sido desenvolvidos (BRASIL, 2002, 2005a; FACCHINI et al., 2006; INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2007; TEIXEIRA, 2004; TRAD et al. 2002) refletindo o processo de implantação, qualificação e a crescente adesão à Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada no sistema de saúde. Alguns deles têm sido desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, como também pela academia, no intuito de promover a institucionalização crescente da avaliação.

Percebe-se, que entre as diferentes formas de avaliação em saúde propostas, a inserção do usuário no processo avaliativo tem sido muito valorizada. Incluir o usuário como agente de transformação e avaliação apresenta-se como um indicador

sensível de qualidade do serviço, ligado a uma maior adequação e promoção de reais mudanças nos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às suas expectativas. Desta forma, a avaliação de satisfação do usuário sobre a prática do PSF apresenta grande relevância, uma vez que a comunidade é a razão da sua existência e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema.

1.1 Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (BRASIL, 2005a).

Atenção Básica tem sido uma denominação adotada no país, especialmente no âmbito do SUS, para designar uma abordagem, que corresponderia ao que se tem chamado, na literatura internacional, de Atenção Primária em Saúde. Este fato se dá devido à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, que possa estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção (BRASIL, 2003a).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, este tipo de atenção deve ser desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

Acrescenta-se ainda como enfoque da Atenção Básica considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

Segundo Macinko, Starfield e Shi (2003), há evidências de que países com uma forte orientação para a atenção básica têm resultados mais equitativos na saúde do que aqueles orientados para a atenção especializada, porque aquela custa

menos para os indivíduos e apresenta uma melhor relação custo-benefício para a sociedade. Desta forma, o acesso a um determinado tipo de assistência, comparado com outros, pode trazer mais benefícios à população, reduzindo a carga das doenças.

Em consequência dos princípios e das diretrizes do SUS e da difusão das estratégias de Atenção Básica, iniciaram-se esforços para reformular o modelo de atenção à saúde. Neste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF), torna-se não apenas uma estratégia de Atenção Básica, mas também de reformulação do modelo assistencial. Experiências pioneiras como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), adotado pelo Ministério da Saúde em 1991, serviram como inspiração para a implantação do PSF (BRASIL, 2005b).

Segundo Bodenstern (2002) inicialmente, o governo federal assumiu como prioridade dentro da agenda setorial a implementação do PACS, existente nos estados nordestinos desde de 1991, visando estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, sobretudo para a população materno-infantil.

E foi a partir da implantação do PACS, segundo Viana e Dal Poz (2005), que teve início o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais apenas o indivíduo. Introduziu-se uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além destes, outro diferenciador advindo com o PACS foram as concepções de integração com a comunidade e o enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

A partir de 1994, num contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da Atenção Básica, o governo federal assumiu a implantação do PSF como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento (BODENSTEIN, 2002).

O objetivo do PSF, no momento de sua criação, foi de se tornar um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, e sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas

Aplicadas (IPEA) e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2005a).

Seu nascimento inseria a família nas agendas das políticas sociais. Refletindo tanto os interesses do modelo neoliberal, ao focalizar ações na população excluída da sociedade, como de forças sociais solidárias que vislumbram possibilidades de transformação da prática na porta de entrada da rede de serviços de saúde (ASSIS et al., 2007)

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), a partir do ano de 1996, o PSF começa então a perder o caráter de programa e passa a ser um re-estruturador dos serviços, e é neste momento que surgem as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos.

Esta nova forma de remuneração foi implantada a partir da NOB-96, instrumento que criou o Piso da Atenção Básica (PAB), o que produziu um novo impulso para o programa. A NOB-96, previa remuneração *per capita* para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde (parte fixa do PAB), possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilização dos dirigentes com o atendimento à saúde dos munícipes (BRASIL, 2005a).

Teixeira (2003) refere que principalmente a partir de 1998, o Saúde da Família deixou de ser um Programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção a saúde no SUS. Na verdade um instrumento de uma política de universalização da cobertura da Atenção Básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

Bodenstein (2002) afirma que a década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil, e com isso, a esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade inquestionável. De fato, a esmagadora maioria dos municípios brasileiros assume, a partir de 1998, a implementação da agenda setorial.

Segundo estudos do Ministério da Saúde, a implantação do PSF no Brasil é caracterizada por duas fases de expansão. Uma no período de 1994 a 1998, quando o programa passa de uma cobertura de 0,8% da população brasileira para 7% (10.636.350 habitantes cobertos), e outra de 1998 a 2000, cujo resultado final seria atender cerca de 22% da população brasileira, ou seja, 29.683.800 de pessoas. O diferencial entre elas é a distribuição do PSF por regiões e porte de municípios: na primeira fase, o programa estava restrito aos pequenos e médios municípios, principalmente da região nordeste; na segunda, a expansão ocorre nos médios e grandes municípios das regiões sudeste e sul (BRASIL, 2002). Em dezembro de 2008, 29.300 equipes de saúde da família (ESF) estavam atuando em 5.235 municípios, que representam 94,1% dos municípios brasileiros, com um percentual de cobertura de 49,5% da população.

O gráfico abaixo apresenta a evolução da cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família no país, a partir de 1998, segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB). Analisando este gráfico, observa-se que a ampliação da cobertura do PSF ocorreu de forma crescente e contínua, principalmente no período de 1998 a 2005. E nos anos seguintes a 2005, o esforço para possibilitar um maior acesso à população ao PSF, continuou existindo, só que de forma mais lenta que nos anos anteriores.

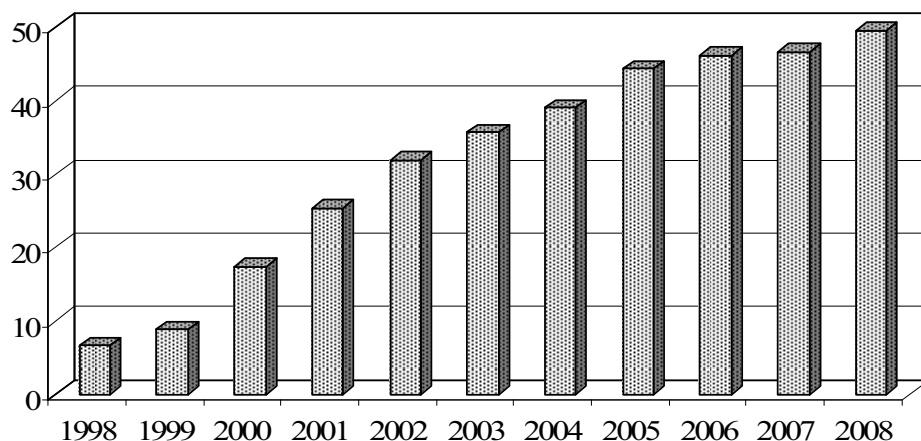


Gráfico 1 - Histórico do percentual de cobertura das Equipes de Saúde da Família no Brasil, 1998-2008.

Fonte: Brasil (2009).

Outro documento do Ministério da Saúde em 2006 também se refere às fases de implantação do PSF citando que nos primeiros anos da implantação do Programa

a adesão foi maior em municípios de menor porte, sobretudo no nordeste brasileiro, onde a carência de serviços de assistência à saúde era mais acentuada. E a ampliação da cobertura nos municípios acima de 100 mil habitantes só ocorreu nos primeiros anos do século XXI, em parte decorrente da ênfase dada pelo Ministério da Saúde ao Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF) (BRASIL, 2006b).

Para Sousa (2000), a implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial diferenciada da lógica do Programa de Saúde da Família.

Estudo intitulado “O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil”, realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) em 2007, contradiz as afirmações anteriores, pois nesta pesquisa, ao contrário do que era esperado, como os próprios autores afirmam, chegou-se à conclusão que a adesão dos municípios maiores ao Programa foi precoce. A idéia de que o PSF inicialmente foi implantado apenas em pequenos municípios, surge de acordo com a forma que se analisa o processo de implantação do Programa no país. Pois, ao analisar este processo, considerando que no período até 1999, o PSF foi implantado em 100% dos maiores municípios de 17 estados e em quase 70% dos municípios com mais de 500.000 habitantes, e que no Brasil, cerca de 91% dos municípios têm menos de 50.000 habitantes, chega-se a conclusão que os maiores municípios aderiram ao programa de forma precoce, mas, no entanto este valor é mascarado pelo grande número de municípios de pequeno porte no país. Desta forma, nos anos seguintes, a ampliação do número de municípios envolveu, principalmente, os municípios menores.

Grande parte dos municípios de regiões metropolitanas implantou o PSF em 1998. Em que pese às baixas coberturas observadas, é preciso ressaltar a importância da implantação do PSF nas capitais e municípios pólos em seus estados, pelo potencial de organização dos sistemas de saúde, em suas respectivas regiões e estados, e pela visibilidade que conferem ao Programa. Outro aspecto a mencionar é que, dado o grande porte populacional destes municípios, mesmo baixas coberturas estão relacionadas a grandes contingentes populacionais. Em

síntese, o fenômeno que se observou em relação ao Programa de Saúde da Família no país foi caracterizado, primeiro, pela precocidade da sua implantação nos grandes municípios, localizados em regiões metropolitanas e em gestão plena do sistema de saúde. Segundo, pelo incremento das coberturas nos municípios, independente do porte populacional, em que pese que os municípios maiores, dificilmente, tenham alcançado percentuais de cobertura muito elevados. Terceiro, a grande ampliação em municípios pequenos, onde o PSF tem sido implantado com altas coberturas populacionais (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2007).

Vasconcelos (2000) afirma que o PSF aos poucos se tornou um instrumento que reorientou o modelo de atenção e trouxe uma nova dinâmica para organização dos serviços e ações de saúde. Com o objetivo primordial de substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.

No ano de 2006, o Pacto pela Saúde, sinalizou inovações e reafirmações no âmbito do Saúde da Família. No Pacto de Gestão ocorreu a regulamentação do bloco de financiamento da atenção básica para superar a fragmentação vigente, extinguindo-se a vinculação de incentivos por faixas de cobertura o que prejudicava os grandes centros. E no Pacto pela Vida foi reiterada como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006c).

A partir das diretrizes do novo Pacto entre as esferas de governo e da experiência acumulada ocorre a revisão da legislação, e neste mesmo ano, é lançada a Política Nacional de Atenção Básica. Esta política foi acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliando o escopo da atenção básica e reafirmando a Estratégia de Saúde da Família como prioritária e modelo substitutivo para organização da Atenção Básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a Atenção Básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2006a).

Diante desta nova configuração, o PSF surge não apenas como a porta de entrada do usuário ao SUS, como forma de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, de forma hierarquizada, mas também, com o poder de resolubilidade de 80 a 85% da demanda, de saúde (SANTOS, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica traz para Estratégia de Saúde da Família, cinco objetivos principais: 1) ter caráter substitutivo, no que se refere a Atenção Básica tradicional nos territórios em que e a Estratégia de Saúde da Família atuam; 2) a atuação no território a partir de adscrição da clientela, com enfoque no acompanhamento individual e familiar, levando em consideração a opinião da comunidade na definição das ações de saúde; 3) o desenvolvimento de ações de forma planejada e programada, em sintonia com a situação de saúde da comunidade obtida através do diagnóstico situacional; 4) a concepção de atuação na sua área de abrangência de forma integral, enfocando o trabalho conjunto à instituições e organizações sociais; e por fim, 5) “ser um espaço de construção da cidadania” (BRASIL, 2006a).

Dentre os princípios citados na Política de Atenção Básica, Bonassa e Campos (2001), destacam a territorialização e a adscrição da clientela. Estas são consideradas características fundamentais do PSF, que trazem para cada equipe de saúde, a responsabilização pelo cadastramento e acompanhamento das famílias do território de abrangência.

Pereira e Barcellos (2006) confirmam a citação anterior, quando referem que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF e que essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Desta forma, a adscrição da população potencialmente usuária do serviço é preconizada, como um dos passos primordiais para a implantação da Unidade de Saúde da Família (USF). Implantada a USF, deve-se considerar as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação do programa (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Ribeiro (2008) refere que a territorialização traz um espaço comum aos vários profissionais que podem sistematizar práticas e saberes de diferentes categorias e conseqüentemente melhorar a qualidade do serviço de saúde.

Assim, uma equipe multiprofissional se responsabiliza pela atenção à saúde da população circunscrita, contando com um generalista como o profissional médico de Atenção Básica, que trabalha em conjunto com novos profissionais, os agentes comunitários de saúde (ACS), que estão voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-doença (SCOREL et al., 2007).

De uma forma geral o PSF é composto minimamente por uma equipe de saúde, que é formada desde o início de sua implementação por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e ACS. A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal (BRASIL, 2006b).

Cada equipe multiprofissional deve ser responsável por no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. A jornada de trabalho é de 40 horas semanais para todos os profissionais e o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Os profissionais que atuam na ESF apresentam atribuições específicas e também diversas responsabilidades em comum, como: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2006a).

Assis et al. (2007), reafirmam que o PSF é uma estratégia que utiliza a tática da organização multiprofissional para a produção da saúde, e por isso está descrita como uma das diretrizes operacionais do programa a integralidade da atenção, a partir de uma abordagem que estimula à ação intersetorial, bem como a participação da sociedade na gestão. Nessa arena de produção de serviços, confrontam-se diferentes sujeitos e, portanto, diferentes interesses e necessidades, sendo, por isso, um dos grandes desafios na dinâmica do programa, articular as distintas pessoas no compromisso de defender a vida, individual e coletiva.

Sousa e Hamann (2009) complementam, referindo que as características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais passam, necessariamente, pela

interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa e democrática.

A Unidade de Saúde da Família deve se configurar, como já citado anteriormente, como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Os profissionais devem apresentar uma capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde da população de sua área de abrangência, cerca de 85%. Aqueles agravos que não são resolvidos na USF, são encaminhados para os centros especializados, porém a Equipe Saúde da Família, continua sendo responsável pelo acompanhamento do caso, durante todo o tratamento e após seu término, provendo os cuidados necessários para a recuperação e reabilitação do usuário (BRASIL, 2001).

Desta forma, a USF faz parte de um sistema integrado, o que implica na hierarquização dos serviços em níveis crescentes de complexidade e pressupõe existir um serviço de primeiro contato, denominado de porta de entrada (“gatekeeper”), procurado regularmente a cada vez que o usuário necessita de atenção - em caso de adoecimento e/ou acompanhamento rotineiro de sua saúde (GIOVANELLA et al., 2003).

Para o acompanhamento da implementação e o monitoramento dos resultados do PSF, em 1998, foi criado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Este sistema é utilizado para coletar dados e orientar a avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas. Dentre as informações contidas, são selecionados indicadores e marcadores de acompanhamento que possibilitam avaliar a produção e o desempenho das equipes, observando-se as prioridades de intervenção (BRASIL, 2005a).

Com o intuito de organizar e fortalecer a Atenção Básica com enfoque na Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde, no ano de 2003 apoiado pelo Banco Mundial (BIRD) propôs o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) (ROCHA et al., 2008).

O Projeto foi estruturado em três componentes de atuação (BRASIL, 2005b):

- I. Apoio à conversão e expansão da Estratégia Saúde da Família – dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes.
- II. Desenvolvimento de recursos humanos da Estratégia Saúde da Família – dirigido a estados e municípios, independente do porte.

III. Monitoramento e avaliação – dirigido a estados e municípios, independente do porte.

No componente III do PROESF, destaca-se como instrumento de fortalecimento da Atenção Básica, os Estudos de Linha de Base (ELB) cujo foco foi a avaliação dos contextos iniciais da expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (2004) com vistas à avaliação posterior de impacto (2008) e à institucionalização dos processos avaliativos (ROCHA et al., 2008).

Segundo Felisberto (2004), os ELB aparecem como mais um dos diversos componentes que conformam uma proposta abrangente de avaliação da Atenção Básica, dentro de uma meta de sua institucionalização no SUS. E incorporam-se à fase inicial de um programa bastante ambicioso que previa, até 2008, a ampliação da cobertura do PSF para 70% da população brasileira e pretendia cumprir importante papel na orientação dos rumos das políticas de Atenção Básica no país, já que foram delineados para subsidiar os gestores do sistema de saúde, fornecendo informações confiáveis sobre a situação da Atenção Básica nos grandes centros urbanos do Brasil.

Leal et al. (2006), no editorial do número temático da Revista Ciência Saúde Coletiva, de apresentação de artigos científicos decorrentes das investigações dos ELB, especifica que estes estudos foram realizados, sobretudo, para promover a implementação de novos conceitos e abordagens de avaliação, atualizar e divulgar as metodologias de forma a permitir uma disseminação em larga escala de diferentes abordagens para a avaliação da Atenção Básica.

No ano de 2005, mais uma ação foi inserida no componente III do PROESF como resultado de uma cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Esta proposta representa o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica. Neste sentido, a utilização da avaliação da qualidade constitui-se ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRASIL, 2005b).

A AMQ é uma estratégia à qual os gestores municipais deverão aderir de maneira voluntária e participativa. Ela propõe em sua metodologia, a auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor,

coordenação, unidades de saúde e equipes. Situa, dessa maneira, a perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia. Orienta a formação de um diagnóstico sobre a organização e o funcionamento dos serviços e suas práticas partindo da formulação atual da estratégia Saúde da Família (princípios, diretrizes e campos de atuação). Possibilita a visualização dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos, como também das potencialidades. Orienta, ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados. Podendo desta forma, ser utilizada como referência para a organização da Estratégia Saúde da Família nos municípios (BRASIL, 2005b).

Outro instrumento de gestão, de uso facultativo, para o desenvolvimento do PSF criado pelo Ministério da Saúde em 2006, é o Programa para Gestão por Resultados da Atenção Básica (ProGRAB). Este é caracterizado como um instrumento de programação para as equipes de Atenção Básica, de forma integrada e considerando as prioridades estabelecidas no Pacto de Atenção Básica e os indicadores do PROESF. Um de seus produtos é a elaboração de um Termo de Compromisso de Gestão por Resultados, possibilitando a pactuação de metas entre as equipes de Atenção Básica, os gestores locais e os conselhos de saúde e estimulando o trabalho a partir de compensações materiais e simbólicas às equipes que apresentarem resultados satisfatórios (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2006).

Diante do quadro de ampliação da Atenção Básica com enfoque na Estratégia Saúde da Família e dos diversos esforços dos gestores em acompanhar esse processo, fica clara a grande preocupação do Ministério da Saúde com a avaliação da Atenção Básica no Brasil (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Alguns autores ressaltam ainda, a importância do fortalecimento e da reorganização da Atenção Básica para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, e enfatizam a avaliação como fator qualificador do processo de gestão, que tem como referência a descentralização do sistema de saúde e as estratégias de organização da atenção básica (BODESTEIN, 2002; CODONI JUNIOR, 2002).

1.2 Avaliação em Saúde: origem, conceitos e abordagens

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu segundo Contandriopoulos et al. (1997), logo após a Segunda Guerra Mundial, a partir da necessidade do Estado, que estava substituindo o mercado, de encontrar meios para que a alocação dos recursos fosse bastante eficaz. Foi neste panorama que os economistas, pioneiros da avaliação desenvolveram métodos de análise das vantagens e custos dos programas públicos.

Novaes (2004) refere que nos anos 50, nos países desenvolvidos, foi reconhecida a necessidade da realização de estudos que tivessem como objeto específico os serviços de saúde, tanto em sua perspectiva “interna” – conhecendo os processos de atenção neles desenvolvidos e seus efeitos sobre a saúde e a doença dos pacientes atendidos, como em sua perspectiva “externa” - conhecendo o seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população.

Pode-se referir que há uma relação histórica entre o desenvolvimento da avaliação enquanto campo de investigação científica e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, educação e bem-estar social que surgiram nos Estados Unidos (EUA), nas décadas de 50 e 60, com o objetivo de reduzir a pobreza, promover o desenvolvimento de comunidades, prevenir a delinquência e o crime e controlar doenças. Foi neste contexto que surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos, decorrente, de certa forma, do papel que o Estado começou a desempenhar na área social (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; STENZEL, 1996).

Nesta época, muitos dos programas sociais tinham caráter experimental, e necessitavam ser avaliados. O governo norte-americano precisava demonstrar ao contribuinte, aos administradores locais e aos legisladores que estes programas funcionavam. Em função disto, acadêmicos e praticantes do campo da educação e do serviço social dedicaram-se à tarefa de demonstrar o sucesso dos programas públicos (WEILENMANN, 1980).

Para Stenzel (1996), o crescimento do campo da avaliação nas décadas de 50 e 60, nos EUA, pode ser atribuído a duas razões: a) refere-se à atuação do Estado norte-americano diante das cobranças da sociedade em relação às suas políticas públicas, e tem caráter externo ao campo disciplinar das Ciências Sociais,

embora influenciando sobre seu desenvolvimento teórico e prático; b) refere-se à incorporação das metodologias quantitativas e do modelo experimental como modelo de cientificidade, sendo de caráter interno às Ciências Sociais, ambas confluindo para o surgimento da chamada “Pesquisa Avaliativa”.

Segundo Silver (1992), o novo campo científico resultante de limites pouco nítidos, e denominado, no início dos anos 50, nos EUA, de “investigações sobre atenção médica” teve seus objetos criados a partir da necessidade de se obter conhecimento mais acurado acerca de várias formas de organização da atenção à saúde, bem como acerca da efetividade, eficiência e idoneidade dos serviços.

Portanto, o campo da avaliação desenvolveu-se, primordialmente, a partir da aplicação das metodologias de pesquisa em Ciências Sociais, ao estudo dos programas públicos de saúde, educação e bem-estar social. Nos EUA e Canadá, este campo foi institucionalizado e profissionalizado, havendo uma ampla produção sobre o tema na literatura anglo-francesa em geral (STENZEL, 1996).

Nos países da América Latina, dentre eles o Brasil, o desenvolvimento do campo da avaliação, ocorreu de forma bem diferente, e em menor intensidade. Esta situação pode ser justificada por dois motivos principais: a natureza autoritária e clientelista do Estado brasileiro, em contrapartida a uma sociedade civil pouco organizada e com uma noção de cidadania ainda muito frágil, o que evidentemente impede a criação de um clima propício à avaliação das políticas públicas; a segunda, a influência do pensamento marxista nas Ciências Sociais latino-americanas, que em sua vertente mais ortodoxa, adotou durante certo tempo uma postura cética em relação às políticas de bem-estar social, decorrente de uma visão do Estado como “instrumento da burguesia”, aliada a uma postura de rejeição a certas correntes metodológicas que se desenvolveram na América do Norte, dentre as quais provavelmente acabou sendo incluída a Pesquisa Avaliativa (STENZEL, 1996).

A estrutura rígida e centralizada do Estado brasileiro gerou uma tradição de gerência estatal burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada do ser público. E esta tradição gerencial evidentemente não era compatível com a intenção de que suas políticas fossem avaliadas, deixando, portanto de existir o requisito básico para que a avaliação seja realizada, isto é, a intenção de ser avaliado (CAMPOS, 1992).

Assim, as primeiras avaliações, caracterizam-se pela investigação do custo - benefício, pela atuação dos profissionais e através da opinião dos usuários. Estes

mecanismos se desenvolveram lentamente, isso porque esta área de estudo nunca foi considerada como aspecto essencial (SALA, 1993).

Para Serapione (1999) a partir dos anos 80, as investigações e estudos não se limitavam apenas à análise dos custos das atividades no campo da saúde, passando a ter interesse também com o controle de qualidade e a satisfação dos usuários. E, além disto, Deslandes (1997) afirma que neste período, a avaliação de serviços de saúde deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com precisão a efetividade de determinado serviço ou programa.

Após a fase de reconhecimento da necessidade dos estudos de avaliação, segundo Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação passa a ser “profissionalizada”, surgindo uma perspectiva interdisciplinar, com enfoque nos aspectos metodológicos.

Segundo Assis et al., (2007), no Brasil, a utilização de processos de avaliação de intervenções sociais é recente e muito tímida; no entanto, na década de 90, observou-se um incremento nas práticas de avaliação, perceptível pela grande quantidade de produções científicas produzidas neste período.

Felisberto (2006) ressalta o maior interesse nas iniciativas voltadas à avaliação em saúde nas últimas décadas, citando que esta vem ocorrendo de forma progressiva no Brasil. Sendo observado um maior número de realizações de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, e até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com o objetivo de subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados.

Franco e Campos (1998), também verificam uma vigorosa retomada da qualidade dos serviços de saúde, considerando a avaliação um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

É importante ressaltar que, inicialmente, os esforços das investigações na área da saúde pública, dirigiam-se para a avaliação das condições de saúde das comunidades e, posteriormente, ao longo dos anos, este foco foi modificando em conjunto com a expansão dos serviços públicos, para avaliar a efetividade dos programas (ou intervenções) de saúde (STENZEL, 1996).

Alguns aspectos, direta ou indiretamente, têm contribuído para o aumento do interesse pela qualidade dos serviços de saúde nos últimos anos, e estes estão relacionados com a crise fiscal do estado e a necessidade de reduzir despesas

públicas que estimularam, sem dúvida, um maior interesse pela busca de modalidades mais eficientes e eficazes para o uso dos recursos; com a necessidade de reduzir as queixas e os procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos, que também contribuiu para o crescimento da atenção a respeito da satisfação do usuário, e a ampliação do controle social; e finalmente com a exigência de recuperar a unidade do paciente - depois da divisão mente-corpo, produzida pelo grande avanço da medicina especialista e técnico - científica - que tem contribuído igualmente para o reconhecimento do ponto de vista dos usuários (ASSIS et al., 2007; SERAPIONE, 1999).

O termo avaliação apresenta diversos conceitos de acordo com a nuance a qual o autor intérprete se utiliza, no entanto é possível observar que a avaliação está sempre relacionada a um julgamento de valor com o objetivo de subsidiar o planejamento e a tomada de decisões (CÉSAR; TANAKA, 1996; MINAYO, 2005).

Nunes (2005) refere que tudo pode ser objeto de avaliação e conceituá-la não é tão simples. Ele relata que é possível encontrar cerca de 20 diferentes definições do termo, mas ele adquire características especiais quando o seu objeto é a saúde, mais que isso, o sistema de saúde.

Para Contandriopoulos et al. (1997), avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir um julgamento (individual ou coletivamente) capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa é caracterizada pelo estudo de cada um dos componentes da intervenção em relação à norma e critérios. Já a pesquisa avaliativa tem por objetivo examinar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção através de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação não pode ser considerada como um evento isolado, mas sim, um processo que integra avaliadores e avaliados na busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições (MINAYO, 2005).

Para Contandriopoulus (2006), o grande desafio para a avaliação é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível. A credibilidade de uma avaliação depende, portanto, da capacidade de produzir informação coerente para todos os sujeitos envolvidos na intervenção.

Quando se refere aos interessados na avaliação Malik e Schiesari (1998), citam que ela se faz interessante para indivíduos em diferentes funções ou posições, como para: os tomadores de decisão, que a utiliza como informação para ação; para os trabalhadores, que podem melhorar o seu desempenho; para os financiadores, que podem analisar a adequação dos investimentos e para a população que decide se agrada ou não os projetos em andamentos.

Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação apresenta quatro “objetivos oficiais”:

1. Objetivo Estratégico - auxilia no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
2. Objetivo Formativo - fornece informação, com o objetivo de melhorar uma intervenção durante o seu curso;
3. Objetivo Somativo - analisa os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida;
4. Objetivo Fundamental - contribui para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

Bodesntein (2002) destaca em seu artigo, “Atenção Básica na Agenda da Saúde”, o papel que pode desempenhar a avaliação em saúde no sentido de resgatar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão.

Ao citar a importância da avaliação em saúde, Deslandes (1997) afirma que esta é de grande relevância para Saúde Pública, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas

prestados à sociedade. Peixoto (2001) complementa, afirmando que a qualidade pode ser considerada o aspecto central da avaliação.

Alguns autores definem a qualidade através de dimensões ou componentes desejáveis do cuidado, isto ocorre segundo Acurcio, Cherchiglia e Santos (1991), devido a conceituação de qualidade ser extremamente variável e relativa, no entanto, usualmente a qualidade reflete as metas e os valores do sistema de saúde existente e da sociedade na qual este se insere.

Lanny Filho e Tonial (2000) citam que avaliar significa conferir valor, julgar o quão bom ou ruim é determinada coisa. Este conceito é complementar ao de qualidade, pois no momento em que determinada coisa está sendo avaliada, invariavelmente o objeto em avaliação é analisado comparativamente aquilo que se considera bom (com qualidade) ou ruim (sem qualidade).

Para Donabedian (1988), a idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que sua característica principal, como já referido, é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade.

Este autor reconhece que a definição de boa qualidade de assistência a saúde difere entre os prestadores, os consumidores e a sociedade em geral, mas todos identificam como importantes tanto aspectos técnicos quanto interpessoais. Ele propõe a seguinte definição de qualidade da assistência médica “aquele tipo de assistência em que se espera que possa proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda sua complexidade” (DONABEDIAN, 1986).

Donabedian é considerado um dos principais autores que sistematiza uma proposta de avaliação, influenciando o pensamento mundial sobre este tema no campo da saúde. Seus primeiros trabalhos datam dos anos 60, no entanto, a sua maior notoriedade ocorreu a partir do final dos anos 80 (NOVAES, 2000).

Este autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: “*input-process-output*” (DONABEDIAN, 1980).

O componente estrutura corresponde à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços. Esses recursos são físicos (planta física, equipamentos e materiais de consumo), humanos (número e qualificação dos mesmos), fontes e recursos financeiros para manutenção da infra-estrutura e da tecnologia disponível - este último compreende o conhecimento disponível e organizado como processo de trabalho, que viabiliza a otimização da utilização dos outros recursos disponíveis na estrutura. O componente processo corresponde à avaliação da execução das atividades e da dinâmica apresentada nas suas inter-relações. E por fim, o componente resultado refere-se aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade. Considerando que situações de saúde se modificam devido a outros fatores sociais, é necessário o conhecimento prévio da situação para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção objeto da avaliação (DONABEDIAN,1980).

Vuori (1991) ao citar a obra de Donabedian, refere que na abordagem estrutural, o *input* do processo dos cuidados em saúde, ou seja, os recursos humanos e estruturais são descritos e comparados com critérios e padrões estabelecidos. Para este autor, a abordagem de processo é simples: “se todos fazem aquilo que, a luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido”. Ele ainda relata que a abordagem dos resultados é talvez a mais antiga tentativa de avaliar a qualidade. Atualmente os principais caminhos para desenvolver essa abordagem passam pela construção de indicadores ou índices do nível de saúde e pela satisfação dos usuários.

Para Malik (1996), uma forma de agregar com mais clareza o modelo de Donabedian ao da qualidade é incorporar às suas variáveis básicas (estrutura, processo e resultado) outras características, como as técnicas, interpessoais e voltadas a “amenidades”, pois assim podem dar maior concretude aos conceitos deste autor.

Do ponto de vista técnico, estrutura significa disponibilidade de equipamentos, qualidade e quantidade de recursos humanos. Processo, por sua vez envolve sensibilidade do diagnóstico, adequação do tratamento e condutas. E o resultado, visto por esta ótica, avalia mortalidade e morbidade, redução do estado de saúde, obtenção de recursos por exemplo. Na visão interpessoal, a estrutura se relaciona

com novas tecnologias sobre os papéis profissionais e o surgimento de profissões na área. O processo, neste caso, se envolve com relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e também dos pacientes e seus familiares. Já os resultados são mensurados a partir da satisfação dos usuários, dos encaminhamentos recebidos, do cumprimento das prescrições, entre outros. Na dimensão da disponibilidade de “amenidades” a tríade estrutura-processo-resultado, pode ser avaliada a partir da limpeza e facilidade de acesso ao estacionamento; eficiência no fluxo de pacientes e período de espera; satisfação dos usuários e encaminhamentos recebidos, respectivamente (MALIK, 1996).

Donabedian (2003) ampliou o conceito de qualidade, referindo que a qualidade é um produto de dois fatores, sendo o primeiro, a ciência e a tecnologia dos serviços de saúde e o segundo a aplicação da ciência e tecnologia na prática atual. Este autor refere ainda que esse produto, a qualidade, pode ser caracterizado pelos atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estes atributos representam os sete pilares da qualidade.

- a. Eficácia – habilidade da ciência e tecnologia dos serviços de saúde de causar melhorias na saúde quando nas condições mais favoráveis;
- b. Efetividade - melhoria da saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;
- c. Eficiência – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;
- d. Otimização – balanceamento das melhorias em saúde com os custos;
- e. Aceitabilidade – adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares;
- f. Legitimidade – conformação das preferências sociais que expressam os princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações;
- g. Equidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os membros de uma população.

Vuori (1991) refere que muitos avaliadores e profissionais que prestam os cuidados de saúde tendem a usar a definição de qualidade como “a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no

cuidado com o paciente ou a comunidade”. Segundo o autor, o caso não é tão simples assim; a qualidade apresenta muitas facetas e diferentes autores empregam significados distintos para este termo. Atualmente, o termo de qualidade compreende um grande espectro de características desejáveis de cuidados e estes incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.

As avaliações apresentam um alto grau de subjetividade segundo César e Tanaka (1996), e a aceitação disto, juntamente com a dinâmica dos setores sociais que caracterizam o setor saúde, levam a crer que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para avaliação, e sim uma composição de métodos e instrumentos organizados com a finalidade de emitir um juízo de valor a um objeto ou sujeito avaliado.

As fontes de critério para avaliação são inúmeras, Malik e Schiesari (1998) referem como fontes: a) os financiadores, que diferem os critérios de acordo com seus objetivos; b) a literatura científica que revela os últimos avanços e metas a ser alcançadas; c) aos parâmetros nacionais, estaduais, municipais e das unidades, também são de grande importância, no entanto estes devem estar sempre atualizados; d) as leis e os direitos humanos; e) e as histórias de sucesso.

Acurcio, Cherchiglia e Santos (1991) complementam, referindo que o processo de avaliação não possui um modelo perfeito, que já tenha sido suficientemente testado e que possa ser aplicado de modo universal, o que aponta a necessidade de avançar na construção de um modelo de avaliação que oriente e facilite a tomada de decisões, sendo aperfeiçoado com o tempo e a partir das experiências vividas durante sua implementação.

Diante desta necessidade, surge uma proposta de avaliação de desempenho de sistema de saúde brasileiro, a partir de uma rede de pesquisadores de instituições nacionais de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Essa proposta se configurou na criação do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS).

O PRO-ADESS revendo os modelos de avaliação internacional, principalmente Reino Unido, Canadá e Austrália, chega a um consenso de que a experiência internacional voltada para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na construção de um quadro de referência composto por elementos que, em linhas gerais, capturam: o estado de saúde, os determinantes não médicos

da saúde, o desempenho do sistema de saúde e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

Para o desempenho dos serviços de saúde o PRO-ADESS define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde e, a partir de uma revisão da literatura, propõe como dimensões para esta avaliação:

- a. Efetividade: grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- b. Acesso: capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
- c. Eficiência: relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- d. Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- e. Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- f. Continuidade: capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- g. Adequação: grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- h. Segurança: capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Por respeito aos direitos das pessoas, o PRO-ADESS define as seguintes categorias:

- a. Confidencialidade das informações – refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos e aquelas referentes ao seu estado de saúde;
- b. Privacidade no atendimento – refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras;
- c. Direito à informação – refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu

tratamento bem como ter acesso ao prontuário que contenha informações a respeito do seu estado de saúde e tratamento;

- d. Conforto – refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, alimento saudável e comestível, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupas limpas, procedimentos regulares de limpeza e manutenção do prédio;
- e. Autonomia – diz respeito a liberdade, considerando a decisão entre tratamento alternativo, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental;
- f. Dignidade e cortesia – envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente;
- g. Respeito aos valores das pessoas – refere-se à noção de que indivíduos têm diferentes desejos, necessidades e preferências.

Para Serapione (1999), a avaliação da qualidade deve se basear num enfoque multidimensional: a) avaliação de satisfação do usuário; b) avaliação técnica do processo de trabalho; c) avaliação dos resultados obtidos na população através da intervenção.

A avaliação de políticas e programas de saúde deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo (FELISBERTO, 2004).

Azevedo (1991), quando ao analisar os âmbitos das avaliações de desempenho de serviços de saúde conclui que a avaliação de resultados seja mais atraente do ponto de vista científico por representar o último passo na cadeia ontológica da produção de qualidade. Ao cientista da saúde como ainda ao formulador de políticas no setor atraem muito mais os resultados. Um dos aspectos considerados na avaliação dos resultados da ação de saúde tem sido a satisfação da clientela.

No entanto, nem sempre é fácil avaliar resultados e, como estes dependem de recursos e processos adequados, não raro, as avaliações estão centradas nesses dois elementos (CÉSAR; TANAKA, 1996; PEREIRA, 1999). Mas Pereira (1999) refere que uma maneira aparentemente simples de avaliar resultados é saber se os usuários estão satisfeitos com o serviço prestado.

1.3 Avaliação de Satisfação do Usuário

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), em recente revisão sobre o tema satisfação do usuário, é a partir da obra de Avedis Donabedian que a satisfação do paciente se torna um componente da avaliação de qualidade do serviço. Para os autores, “o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços”. Antes da obra de Donabedian, ainda segundo Vaitsman e Andrade (2005), as primeiras pesquisas no campo da avaliação de serviços de saúde, datadas da década de 70 e oriundas da Europa e EUA, se referiam à satisfação do usuário com o intuito de melhorar a adesão do mesmo ao tratamento, “em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado de medicamentos”.

No estudo realizado por Trad et al. (2002), observa-se que o aumento no interesse pela avaliação de satisfação dos usuários tem início nos anos 70. E no Brasil, os estudos sobre este tema se desenvolveram na década de 90, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Segundo Serapione (1999), o interesse pela qualidade, não é um fenômeno novo no âmbito dos serviços de saúde. Os procedimentos e mecanismos para garantir e manter a qualidade existem há muito tempo. A novidade do movimento contemporâneo é de colocar em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade.

Para Silva (2005) um dos atributos relevantes na avaliação em saúde, são as características relacionais entre os agentes das ações, como: usuários x profissionais (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação do usuário, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos); profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho); e gestor x profissional (relações sindicais e de gestão).

Estes atributos relacionais, segundo a autora, criam uma nova perspectiva para a avaliação em saúde, pois trazem a valorização de características do

acolhimento, garantia dos direitos individuais e as características relativas ao trabalho como componentes da qualidade da atenção e promoção da saúde (SILVA, 2005).

O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento. Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento usuário/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência. Portanto, a boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento (JORGE et al., 2007).

Para Donabedian (1980), na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica necessariamente a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, torna-se claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução.

Mendes (2003), também refere que nos serviços de saúde, a qualidade depende dos sujeitos que praticam as ações e, principalmente, dos que sofrem a ação, ou seja, o cidadão. Assim, o conhecimento sobre o grau de satisfação com serviços de saúde utilizados é de relevância para que suas necessidades sejam efetivamente atendidas

Na obra de Donabedian, segundo Junqueira e Auge (1996), dos sete componentes identificados para a análise de qualidade dos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), já citados, o que está relacionado à questão da satisfação do usuário é o da *aceitabilidade*, definido como “um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde”. Assim, a aceitabilidade referindo-se a “conformidade entre os serviços e as aspirações e expectativas dos pacientes e dos membros de sua família”, compreende questões da infra-estrutura dos serviços, incluindo a acessibilidade, a relação médico-paciente e as expectativas quanto aos desdobramentos e resultados do tratamento.

De acordo com Valdés-Salgado, Molina-Leza e Solis-Torres (2001), as avaliações de satisfação dos usuários permitem desenhar diferentes estratégias e alternativas aos serviços, a partir do entendimento de saúde física e mental produzida pela sociedade e influenciada pelas formas de organização de vida cotidiana, sociabilidade, efetividade, subjetividade, cultura e lazer, das relações com

o meio ambiente, resultante do conjunto da experiência social individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, biológico.

Neste sentido, a valorização da qualidade dos serviços a partir das perspectivas dos usuários possui papel fundamental para explicar a satisfação ou insatisfação reportada, em que a atualização do pensamento sanitário contemporâneo exige a compreensão dos indivíduos na sua complexidade de sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e de sua intervenção (CARVALHO, 1996).

Mezomo (1993) complementa, afirmando que a avaliação dos serviços de saúde, a partir da opinião dos usuários, tem focado a satisfação destes com o indicador de qualidade. E conforme se reconhece a satisfação dos usuários embora não seja o único, constitui-se em importante indicador de qualidade dos serviços de saúde, podendo ser considerado que a qualidade da assistência é determinada pelo resultado traduzido na obtenção da saúde e na satisfação do usuário.

Atkinson (1993) reforça a importância da satisfação do usuário, referindo que abordá-la, implica fazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Donabedian (1992) refere que a contribuição do usuário ao ato de saúde dá-se simultaneamente nas três dimensões em qual ato pode ser desdobrado: a) no trabalho técnico; b) na relação interpessoal; e c) nas amenidades que cercam o cuidado. Em cada uma dessas dimensões, o usuário vivencia algo que somado, faz dele alguém capaz de contribuir na definição do que seja qualidade e na própria avaliação, da qualidade da atenção que lhe é prestada.

Segundo Atkinson (1993), a avaliação dos usuários em relação aos serviços é um assunto polêmico, não existindo dimensões explícitas sobre quais aspectos devem ser privilegiados. Os usuários de serviços de saúde raramente avaliam a prática médica moderna, o cuidado médico ou a competência clínica. Eles, geralmente, consideram como critério de avaliação dos serviços assistenciais, a habilidade do profissional de saúde na comunicação com ele e a disponibilidade para ouvi-lo.

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente (MEZOMO, 1993). No entanto, segundo Kotaka (1997) a

avaliação dos usuários é difícil de ser aferida por se tratar de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes.

Carr-Hill (1992) refere que a satisfação com os serviços de saúde é um conceito complexo que está relacionado com uma grande variedade de fatores, como o estilo de vida, as experiências prévias, as expectativas e os valores do indivíduo e da sociedade, sendo este um fenômeno que vem determinado pelos hábitos culturais dos diferentes grupos sociais.

Para Reis et al. (1990), dentre os fatores que influenciam a satisfação do usuário, destacam-se as experiências anteriores de cuidados médicos recebidos, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde. Desta forma, segundo Carr-Hill (1992) e Trad et al. (2002), o usuário enfatiza uma combinação do ideal de serviço, noção de serviço merecido, experiências passadas e um nível subjetivo de qualidade aceitável no serviço.

Segundo Costa et al. (2008), a partir da perspectiva de qualidade, muitas são as variáveis que produzem a satisfação. Estes autores citam pesquisa realizada por Weiss (1988), que aborda os fatores determinantes da satisfação em quatro grupos principais:

- 1) características do paciente, expectativas destes sobre a consulta médica e seu estado de saúde;
- 2) aspectos dos profissionais que prestam o atendimento;
- 3) características da relação profissional de saúde-paciente;
- 4) fatores estruturais e ambientais.

Seclén-Palacin e Darras (2005) referem que existem vários fatores que influenciam na satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Os fatores apresentados por Baron-Epel et al. (2001), Mendonza, Piechulek e Al-Sabir (2001) e Baltussen, et al. (2002), podem ser agrupados da seguinte forma: a) fatores individuais: demográficos (idade, sexo, raça), sociais (estado civil, grupo social, escolaridade, dinâmica organizacional da comunidade, redes de participação social), econômicos (renda), culturais (etnia, expectativas, concepções culturais sobre os serviços de saúde e o processo saúde-doença), experiências anteriores com o serviço; b) fatores familiares e sociais: experiência dos amigos e familiares com o serviço, conduta e concepção da familiar do processo saúde-doença) e c) fatores do serviço de saúde: acessibilidade geográfica (distância) e outros dependentes da própria organização do serviço de saúde (comunicação interpessoal, resolutividade

do serviço, tempo de espera, eficácia das ações, tratamento e cordialidade do pessoal, disponibilidade dos medicamentos, conforto, privacidade, entre outros).

A interação destes fatores resulta em um nível de aceitabilidade e satisfação, sendo esta uma interação complexa, pois se tratam em sua maioria de aspectos subjetivos, baseados em percepções e experiências (SECLLEN-PALACIN; DARRAS, 2005).

Segundo Reis et al. (1990) pode-se inferir que os principais fatores na percepção dos pacientes, são: interesse pessoal do médico pelo paciente; acessibilidade; “bons médicos”; acompanhamento por pessoal “bem treinado”; informação dos médicos; pessoal “solícito”; privacidade.

Para Serapione (1999), o acesso à informação é um importante aspecto da qualidade dos serviços de saúde. Os indicadores relacionados ao direito de informação são:

- a) a acessibilidade do paciente às informações úteis para resolver suas necessidades;
- b) presença de recepcionistas capacitadas nos diferentes serviços de saúde;
- c) existência de folhetos informativos com os serviços prestados, localização e formas de contato;
- d) presença de informação sobre os custos do serviço prestado, este indicador é utilizado apenas quando estão sendo avaliados serviços de saúde privados.

Acurcio, Cherchiglia e Santos (1991) classificam alguns aspectos do serviço de saúde como dimensões da satisfação, como o acesso, a qualidade, a estrutura física e organizacional, as relação médico-paciente, entre outras. E a escolha destas dimensões determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios para a seleção dos métodos de avaliação a serem adotados.

Para Almeida (2001), ainda não se tem um padrão universal e nem tão pouco nacional do que vem a ser um bom atendimento em saúde. Nem o próprio usuário do sistema sabe defini-lo. “E qual usuário? O seringueiro do interior da Amazônia, o sertanejo nordestino ou a gestante de Porto Alegre?” Destes, irão surgir inúmeras definições de bom atendimento que irão convergir.

Assim, Jorge et al. (2007), afirma que mensurar a satisfação do usuário com um serviço não é uma tarefa simples, pois o conceito de satisfação, como visto anteriormente, esta sob a égide de diversos fatores.

Após o seu estudo de revisão, Esperidião e Trad (2005), concluem que os diferentes métodos, técnicas e instrumentos apresentam vantagens e desvantagens, não havendo ainda para a avaliação da satisfação, estratégias metodológicas válidas e confiáveis que sejam de consenso dos pesquisadores.

Na literatura sobre satisfação de usuários, é bastante peculiar observar que, a despeito da variabilidade de formas de se conceber e de medir a satisfação de usuários, a maioria dos estudos, entre abordagens quantitativas e qualitativas, traz como resultado altas taxas de satisfação (CARR-HILL, 1992).

Alguns autores têm buscado compreender este fenômeno. No caso dos serviços públicos, argumenta-se que a alta satisfação expressa o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este de baixa qualidade (GOMES et al., 1999).

Do ponto de vista metodológico, pode-se afirmar que o viés de gratidão (gratitude bias), tem sido apontado como responsável pelo fenômeno da alta satisfação. Este tipo de viés, costuma ser encontrado em países em desenvolvimento e trata-se da omissão de questionamentos e críticas negativas dos usuários, sendo verificado especialmente na avaliação de serviços públicos (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Yépez e Morais (2004) enfatizam que existe uma “naturalização” para baixa qualidade na visão de alguns usuários, os quais terminam por reconhecer o serviço recebido como um favor ou doação e não como um direito, o que representa uma das diferentes interpretações para o gratuito.

Silva et al. (1995) analisam que quando a tendência é registrar a satisfação (em seus aspectos positivos), os resultados desfavoráveis encontrados (insatisfação) devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço em questão. Desta forma, segundo Carr-Hill (1992), os aspectos que levam a insatisfação, permitem revelar as características dos serviços que precisam ser melhoradas, sendo estes os pontos de interesse dos gestores.

Atria et al. (2000) conclui em seu estudo que a participação do usuário é fundamental para conhecer o serviço ideal. Para estes autores, o conhecimento direto das necessidades dos pacientes, permite um maior compromisso com a qualidade de atenção.

O conceito social, como princípio do SUS, instituído legalmente, implica a possibilidade dos usuários intervirem nos serviços de saúde, tanto na proposição de

políticas e ações quanto na finalização de sua efetivação. Neste sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS e o incentivo a participação comunitária, em particular na Atenção Básica à saúde, pressupõem a concepção do usuário como co-responsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avaliá-lo, bem como para nele intervir e modificá-lo (JORGE et al., 2007).

Sendo assim, a percepção dos usuários sobre a prática do PSF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo, e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita (TEIXEIRA, 2004).

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

Na última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização dos serviços que compõem o sistema de saúde, sendo que a Atenção Básica tem merecido especial cuidado.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde na metade da década de 90, mas, é a partir de 1998 que o programa se consolida como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde, que prioriza ações pactuadas em consonância com os princípios do SUS.

O PSF surge com o objetivo de orientar a reorganização da lógica assistencial, fortalecer a Atenção Básica e romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade.

Muitos esforços foram concentrados na implantação do novo modelo de atenção, novas formas de financiamento foram criadas, mais recursos foram destinados e a Estratégia de Saúde da Família também foi considerada como prioridade de gestão.

Todos estes esforços podem ser vistos hoje como positivos. Segundo Nota Técnica lançada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a estratégia empreendida pelo governo brasileiro, de conversão do modelo de atenção por meio da Saúde da Família, tem obtido importante reconhecimento internacional nos últimos anos. Além dos resultados obtidos a partir da expansão do PSF na saúde da população estar sendo comprovada por diversos estudos (AQUINO, 2008; MACINKO et al., 2006; ZANINI, 2009). Um exemplo destes, é o estudo realizado por Macinko et al. (2006), que refere, a influência da expansão do PSF na redução da mortalidade infantil, inferindo que o aumento em 10% da cobertura da Saúde da Família nos estados, levou a uma redução de 4,6% na mortalidade infantil.

No entanto, apesar da implantação do PSF apresentar grandes avanços, tanto no que se refere a saúde da população, como na reorganização do modelo de atenção, existem significativas diferenças regionais na sua implantação, diferenças essas, decorrentes das diversas situações políticas municipais, bem como das articulações previstas com o sistema de saúde.

No município do Recife, houve uma grande expansão do PSF. Entre os anos 2000 e 2008, observa-se um crescente aumento no número de ESF implantadas no município, no ano 2000 eram apenas 27 equipes, chegando a 240 em 2008, o que leva a uma cobertura de 54% da população (RECIFE, 2009).

Uma avaliação da situação do atendimento da rede do Recife, e de seus fatores, a partir da percepção dos usuários, torna-se de fundamental importância para a consolidação da política em construção, já que se trata de uma capital em que está ocorrendo a substituição progressiva da Atenção Básica tradicional pela Estratégia de Saúde da Família. Assim, nesse contexto, se faz relevante avaliar como o esforço produzido tem sido percebido e qual a percepção da qualidade, quanto aos serviços ofertados.

Diante do desempenho satisfatório do nível básico de atenção ser crucial para o redirecionamento do modelo assistencial, surge com esta pesquisa, a oportunidade de se avaliar uma política prioritária que tem por objetivo reorganizar os fluxos de atenção, e possibilitar um maior acesso às ações de saúde para a população.

Desta forma, para este estudo tem-se como pergunta norteadora: **Qual a percepção dos usuários quanto à qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município do Recife?**

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município do Recife.

3.2 Objetivos Específicos

- a. Descrever o perfil social dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Recife;
- b. Caracterizar o acesso dos usuários às Unidades de Saúde da Família;
- c. Avaliar a qualidade do atendimento quanto as condições oferecidas aos usuários e a satisfação com o trabalho dos profissionais;
- d. Avaliar a qualidade do atendimento quanto a acessibilidade, ao direito e a confidencialidade das informações, a assistência clínica, os tempos de espera, o conforto e o desenvolvimento de atividades comunitárias;

*Procedimientos
Metodológicos*

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, que analisou um fenômeno social que é a qualidade da assistência prestada, sendo desenvolvido dentro de uma abordagem quantitativa.

A escolha do estudo descritivo é justificada por este tipo de investigação ter como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relação entre variáveis. Oferecendo também, a possibilidade de ir além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, podendo realizar inferências da natureza dessa relação. Dentre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que estudam as características de um grupo, o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, e aquelas que têm por objetivo levantar opinião, atitudes e crenças de uma população (GIL, 1994).

Para Pereira (1995), Richardson (1989) e Rouquayrol e Almeida (1999), este tipo de investigação tem o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. E as suas principais vantagens são o baixo custo e a rapidez para a sua realização.

Triviños (1987) alerta para o fato de que nos estudos descritivos há uma exigência na delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientem a coleta e interpretação dos dados, para que a pesquisa possa ter certo grau de validade científica.

No que se refere aos estudos transversais, Pereira (1995) afirma que neste tipo de desenho as observações e mensuração das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em dado momento. Este momento é definido pelo investigador, que escolhe a época da coleta de dados.

Segundo Rouquayrol e Almeida (1999), os estudos de corte-transversal, são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada membro do grupo. Em geral, este tipo de estudo utiliza amostras representativas da população, devido as

dificuldades para realização de investigação que incluam a totalidade dos membros de grupos numerosos.

Este desenho de pesquisa, tem sido bastante empregado nas investigações da Saúde Coletiva, onde se vem gradativamente aperfeiçoando a sua arquitetura e ampliando as suas aplicações (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

4.2 Método Adotado

Este estudo avaliou a satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família do município do Recife a partir da aplicação de um questionário, após o seu atendimento pelo médico e pelo enfermeiro.

O questionário foi elaborado especificamente para os propósitos desta pesquisa. E para tanto, houve a necessidade de definição das dimensões da qualidade da assistência a serem estudadas.

Diante do objetivo de avaliar a qualidade do atendimento, foi realizada uma busca pelos estudos e/ou políticas que se tornariam norteadores deste processo. Um dos primeiros referenciais a auxiliarem esta construção, foi a proposta do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003), contribuindo na definição das dimensões que envolvem os direitos dos usuários como fator primordial a ser avaliado.

As dimensões de qualidade, apresentadas pelas políticas de qualificação, QualiSUS (BRASIL, 2003b) e HumanizaSUS (BRASIL, 2004), também foram utilizadas como norteadores deste estudo, em conjunto com as dimensões preconizadas pela Política de Saúde da Família. Estas três políticas foram integradas no sentido de aproximar o objetivo do estudo, avaliar a qualidade do atendimento, ao seu objeto propriamente dito, os usuários do PSF.

Os conceitos, definições e métodos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde propostos por Donabedian (1980), também foram, de certa forma, um grande direcionador desta pesquisa.

Assim, a partir das referências sobre indicadores, dimensões e propostas de qualificação da atenção à saúde, citadas acima, e levando em consideração, a

priorização da avaliação da relação interpessoal, no âmbito da Atenção Básica, foram definidas como dimensões para sua avaliação:

- I. Confidencialidade das informações – refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos e aquelas referentes ao seu estado de saúde;
- II. Direito à informação – refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento;
- III. Conforto – refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, procedimentos regulares de limpeza e manutenção do prédio;
- IV. Dignidade e cortesia – envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente;
- V. Acessibilidade – se refere ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003).
- VI. Assistência Clínica – diz respeito a relação profissional/usuário, tendo como objeto a pessoa e não a doença, e também, avaliará o cumprimento de uma rotina e de normas para o bom atendimento pelos profissionais das unidades.
- VII. Tempos de espera – faz referência ao tempos para os usuários obterem acesso a assistência à saúde;
- VIII. Desenvolvimento de Atividades Comunitárias – está relacionado ao desenvolvimento de atividade preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

As dimensões, confidencialidade das informações, direito à informação, conforto e dignidade e cortesia, estão agrupadas em uma classificação maior: **os direitos dos usuários**. Classificação esta, proposta pelo PRO-ADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

Outra abordagem da qualidade utilizada neste estudo buscou como referencial teórico a proposta de Donabedian (1980), como citado anteriormente, que propõe que as avaliações em saúde tenham como eixos para sua realização as **análises de estrutura, processo e resultado**. Desta forma, esta pesquisa estudou um dos resultados na atenção à saúde que é a satisfação dos usuários através da avaliação da estrutura e processo de trabalho. Para estrutura, foram avaliadas as

condições oferecidas pelas unidades de saúde da família através das condições do ambiente e da organização do serviço para o bom atendimento aos usuários e a boa prática profissional. No que se refere ao processo, foi avaliado o **trabalho dos profissionais** médicos, enfermeiros e da recepção, pelos usuários, ou seja, a ação e a inter-relação humana na atenção à saúde do usuário.

Na definição do formato do questionário a ser utilizado, optou-se, em sua maior parte, pela utilização de questões fechadas, pois facilitam a abordagem aos usuários, devido a rapidez e objetividade no preenchimento, além de possibilitar a padronização das respostas, reduzindo a possibilidade de erros.

A escolha pela utilização de questionário para entrevista de um grande número de usuários é reforçada por Souza et al. (2005), quando refere que os questionários se configuram como dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo. E a distribuição desses atributos entre os diversos grupos é avaliada em termos de significância estatística

Para elaboração do questionário, inicialmente foi construída uma matriz de análise das dimensões (Quadro 1), que teve por objetivo a sistematização das dimensões qualitativas. Nela, estão contidas as dimensões, seus descritores e a questão norteadora para elaboração do instrumento. Com isto, foi possível ganhar coerência entre os objetivos formulados, a elaboração do instrumento e as análises a serem realizadas.

DIMENSÕES DA QUALIDADE	DESCRIÇÃO	QUESTÃO NORTEADORA INSTRUMENTO
EIXO ACESSO		
Acessibilidade	a) Distância da unidade de saúde da área de residência do usuário	Questão 1 – Como você avalia a distância entre sua casa e a unidade de saúde?
	b) Facilidade de agendamento de consultas	Questão 2 - Considera fácil agendar uma consulta na unidade de saúde?
	c) Avaliação dos horários disponibilizados pelos profissionais para atendimento	Questão 3 – Como você avalia a disponibilidade dos horários dos médicos/enfermeiros/dentista?
	d) Facilidade do acesso à unidade na ocorrência de algum agravamento no estado de saúde	Questão 4 – Considera fácil chegar à unidade, quando acontece um agravamento?
EIXO ATENÇÃO À SAÚDE		
Confidencialidade das informações	Avaliação da relação entre profissionais e usuário permitindo a confidencialidade das informações.	Questão 16 – Sentiu confiança em contar o problema para o profissional que atendeu para contar o problema?
Direito à informação	Avaliação se o usuário foi informado das decisões médica/de enfermagem sobre seu diagnóstico e tratamento.	Questão 18 - O médico/enfermeiro informou sobre qual era o problema e o tratamento que iria realizar?
Conforto	a) Adequação e conforto do mobiliário.	Questão 7 - As cadeiras são adequadas para acomodar a todos?As cadeiras são confortáveis? Questão 10 - Os móveis são bem conservados?
	b) Limpeza do ambiente;	Questão 8 – O ambiente da unidade é limpo?
	c) Ventilação e temperatura do ambiente	Questão 9 - A unidade tem um ambiente agradável?
	d) Conservação dos equipamentos	Questão 11 - O equipamentos são bem conservados?

Quadro 1 - Matriz de Construção da Análise das Dimensões a Serem Pesquisadas

DIMENSÕES DA QUALIDADE	DESCRIÇÃO	QUESTÃO NORTEADORA INSTRUMENTO
EIXO ATENÇÃO À SAÚDE		
Tempo de Espera	a) Atendimento sem demora do paciente.	Questão 12 – Como você avalia o tempo de espera para ser atendido?
Assistência Clínica ao Usuário	b) Avaliação do atendimento realizado	Questão 14 – Como você avalia a qualidade da consulta com o médico/ enfermeiro?
	c) Valorização da capacidade dos profissionais em ouvir as queixas dos usuários;	Questão 15 - Durante a consulta, o profissional escutou a sua queixa de maneira atenta?
	d) Valorização da realização de exame físico detalhado e cuidadoso e duração da consulta;	Questão 17 – Durante a consulta, o profissional examinou de forma cuidadosa o usuário?
	e) Avaliação do nível de resolutividade do atendimento	Questão 20 - Considera que o profissional resolveu o seu problema de saúde?
Dignidade e cortesia	a) Presteza no atendimento: Avaliação da disponibilidade dos profissionais para o atendimento ao usuário.	Questão 5 - Os profissionais prestaram orientações e encaminhamentos solicitados?
	b) Tratamento gentil: Avaliação do tratamento dado pelos profissionais aos usuários é gentil.	Questão 6 – Ao ser atendido, os profissionais comportaram de forma gentil e respeitosa?
	c) Acesso a espaço para expressar reclamações e dar sugestões;	Questão 21 - Sempre que necessário, o usuário teve acesso ao espaço para emitir opiniões, fazer críticas e sugestões?
Acessibilidade	a) Avaliação da realização de atividades educativas durante a espera para consulta	Questão 13 – Foi disponibilizada alguma atividade educativa durante a espera para consulta?
	b) Avaliação do acesso aos medicamentos	Questão 19 - Você conseguiu obter os medicamentos prescritos?

Quadro 1 - Matriz de Construção da Análise das Dimensões a Serem Pesquisadas

DIMENSÕES DA QUALIDADE	DESCRIÇÃO	QUESTÃO NORTEADORA E INSTRUMENTOS
EIXO REFERÊNCIA ESPECIALIZADA		
Acessibilidade	a) Avaliação do acesso à consulta especializada	Questão 22 - Como você avalia um agendamento para uma consulta?
	b) Avaliação da disponibilidade de SADT	Questão 23 – Você tem facilidades indicadas pelo médico / enfermeiro?
Tempo de Espera	b) Avaliação do tempo de acesso aos resultados dos exames	Questão 24 – Como você avalia receber o resultado dos exames?
EIXO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
Desenvolvimento do Modelo Saúde da Família	a) Avaliação da realização de grupos e palestras na comunidade para ações de educação em saúde.	Questão 25 - Os profissionais fazem palestras na comunidade? Questão 26 - Você conhece algum grupo de discussão?
	b) Avaliação do desenvolvimento do trabalho do ACS	Questão 27 - O ACS faz visitas domiciliares? Questão 28 - Ele realiza suas atividades a visita? Questão 29 - O ACS faz o acompanhamento da saúde da sua família durante a visita?
	d) Avaliação das ações que envolvem as populações e programas de saúde prioritários	Visitas domiciliares (personas com dificuldades de locomoção) Questão 30 - Como você avalia a visita do médico à sua casa?
QUESTÃO GERAL		
Geral	Avaliação da satisfação	Questão 31 - Qual a sua avaliação sobre o atendimento recebido nesta unidade de saúde?

Quadro 1 - Matriz de Construção da Análise das Dimensões a Serem Pesquisadas

Após a elaboração da matriz, foi iniciada a elaboração do instrumento. Primeiramente fez-se a divisão do questionário em dois blocos: um de caracterização do usuário e de sua chegada à unidade e outro referente a avaliação de satisfação dos usuários, subdividido em 4 eixos: acesso, atenção à saúde, referência especializada e desenvolvimento de atividades comunitárias, conforme descrito na matriz de análise das dimensões.

Para a caracterização dos usuários e da sua chegada até a unidade foram traçadas as variáveis:

- a. Características pessoais dos usuários – sexo, data de nascimento, estado civil, bairro de moradia, nível de escolaridade, ocupação, raça/cor e descrição familiar;
- b. Utilização da unidade e nível de saúde – uso da unidade, nível de saúde atual, uso de medicamento e doenças auto-referidas;
- c. Acesso à unidade de saúde – forma e tempo de marcação da consulta e meio de chegada a unidade.

A partir das questões norteadoras para elaboração dos instrumentos constantes na matriz de avaliação foram retiradas as perguntas a serem inseridas no questionário de avaliação de satisfação dos usuários de acordo com as dimensões a serem avaliadas.

A estrutura do questionário foi a mesma já desenvolvida por Mendes (2009), que adotou o formato: *Em relação à disponibilidade dos profissionais para dar orientações que precisou. Dê uma nota de 0 a 10* (Apêndice A).

Este formato foi baseado na escala Likert, escala proposta em 1932, sendo composta por uma série de assertivas sobre o assunto a ser pesquisado, com conotação positiva ou negativa, para as quais as pessoas afirmam seus graus de concordância, segundo uma escala bipolar de cinco pontos, com um ponto médio para registro da situação intermediária ou de nulidade, do tipo “concordo totalmente”, “concordo”, “indiferente”, “discordo” e “discordo totalmente” (OLIVEIRA, 2001). A estas respostas também estão associados valores que vão de 1 a 5, sendo que para os itens negativos, os valores se invertem em relação aos pontos. (GIL, 1994)

A escolha pela utilização da escala de Likert é decorrente desta ser uma escala bastante utilizada nos estudos de satisfação dos usuários, ser simples e possibilitar um maior número de oportunidade de resposta (OLIVEIRA, 2001). A adaptação realizada na escala Likert para esse estudo, respostas através de notas

(zero a dez), ocorreu com o intuito de facilitar o entendimento dos usuários e captar melhor as suas opiniões.

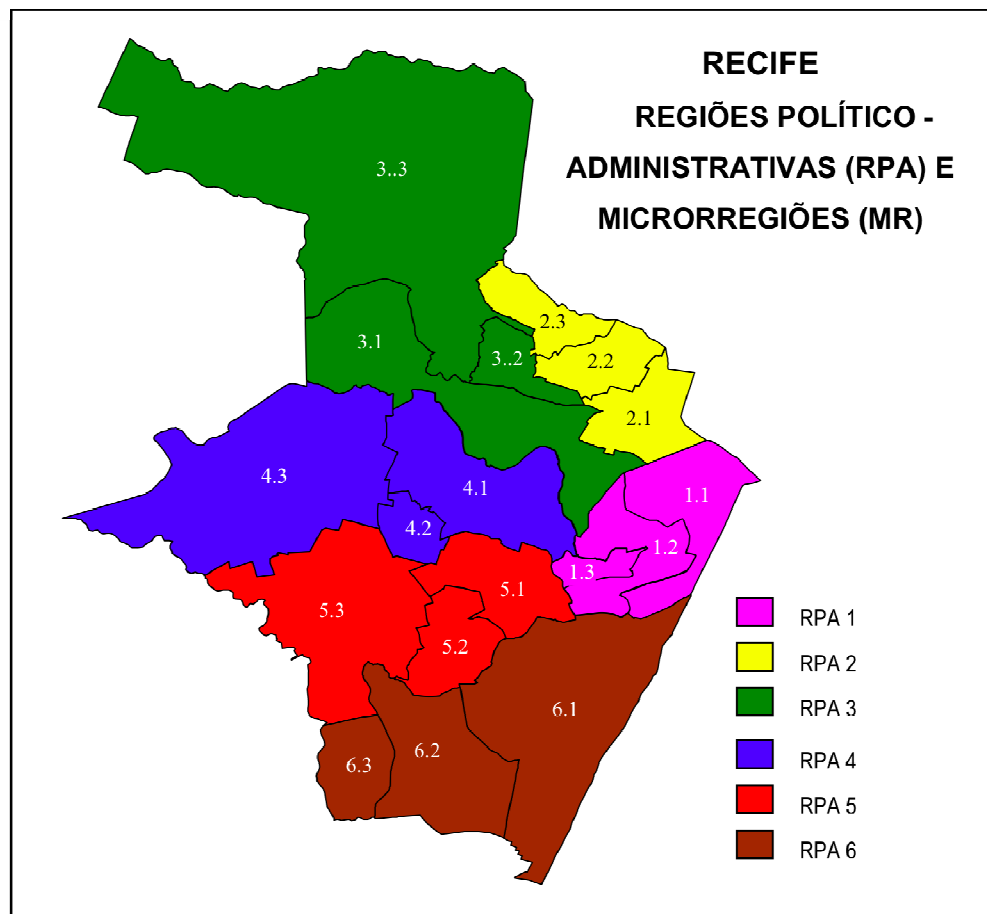
Foi realizado um pré-teste, com o instrumento elaborado, para percepção da compreensão do conteúdo deste instrumento pelos usuários entrevistados, bem como do tempo médio, da facilidade da aplicação, e da coerência entre compreensão/resposta e o objetivo de cada questão proposta no instrumento.

4.3 Área de Estudo

O estudo foi realizado no município de Recife, que tem uma população de 1.568.120 habitantes, distribuídas em um espaço totalmente urbano. A cidade do Recife ocupa uma posição central no litoral nordestino e apresenta uma superfície territorial de 220 km², com uma composição territorial diversificada (morros - 67,43%; planícies - 23,26%; áreas aquáticas – 9,31%; Zonas Especiais de Preservação Ambiental - ZEPA: 5,58%) (RECIFE, 2009).

O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros. Para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em 6 Regiões Político-Administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário: DS I (centro: 11 bairros); DS II (norte: 18 bairros); DS III (noroeste: 29 bairros); DS IV (oeste: 12 bairros); DS V (sudoeste: 16 bairros); DS VI (sul: 8 bairros) (RECIFE, 2005).

A distribuição geográfica da população dentro do território municipal apresenta um padrão diversificado de ocupação. O Distrito Sanitário VI é o mais populoso com 24,9% da população de Recife residindo nesta região e o Distrito Sanitário I é o menos populoso com 5,5% (RECIFE, 2009).



Figuras 1 – Mapa das Regiões Político – Administrativas e Microrregiões do Recife.

Fonte: Recife (2009).

O Recife expressa na sua configuração físico-territorial a convivência de seus habitantes: próximos territorialmente, mas separados pelas enormes diferenças sociais. Nenhum morador de renda alta ou média mora a mais de 1.050m de uma comunidade de baixa renda. Ou seja, no geral o território do Recife é marcado por profundas desigualdades também no interior dos bairros, salvo algumas exceções onde a pobreza é mais generalizada, formado um amplo aglomerado popular mais homogêneo (RECIFE, 2005).

O município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), distribuídas pelo espaço urbano. Frente à existência de perto de 490 favelas, representando 15% da área total do município e 25% da área ocupada, as ZEIS agregam cerca de 80% delas. Estes dados revelam, então, a complexidade de pensar as políticas e os programas sociais aplicados aos diversos espaços (RECIFE, 2005; RECIFE, 2009).

A organização do Modelo Municipal de Atenção à Saúde do Recife busca utilizar toda a estrutura de recursos financeiros, humanos e a rede disponível para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade. Para isto fundamenta-se no tema do Acolhimento, como uma diretriz operacional, que propõe principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade, atendimento humanizado e construção de vínculo (RECIFE, 2009).



Figura 2 – Modelo de Atenção à Saúde da Cidade do Recife.
Fonte: Recife (2009).

A rede ambulatorial básica de saúde na Cidade do Recife é composta por Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde) que são a principal porta de entrada do sistema. Entre 2001 e 2009, a gestão ampliou em 9 vezes o número de Equipes de Saúde da Família, resultando na ampliação da cobertura do PSF (Gráfico 1), o que significa o atendimento de cerca de 800 mil pessoas (RECIFE, 2009).

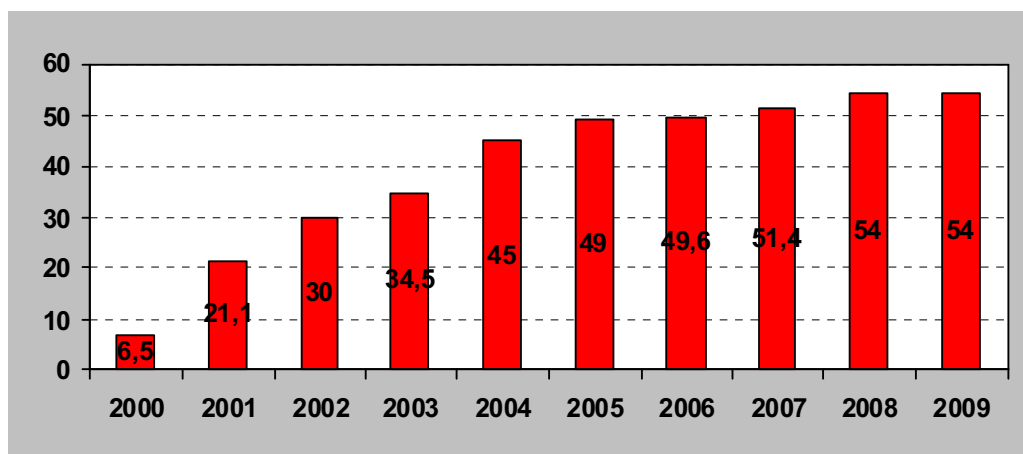


Gráfico 2 – Cobertura Popacional do PSF no Recife, 2000 a 2009.

Fonte: Recife (2009).

No ano de 2008, o percentual de cobertura do Programa de Saúde da Família era de 54% e para alcançar este percentual, o Recife contava com 112 Unidades de Saúde da Família, perfazendo um total de 240 Equipes, distribuídas de acordo com a necessidade da população nos 6 distritos sanitários.

DISTRITO	POPULAÇÃO	USF	ESF	COBERTURA PSF (População)	COBERTURA PSF (Percentual)
I	86.068	9	16	55.200	64%
II	227.008	16	39	134.550	59%
III	312.460	22	44	151.800	49%
IV	278.837	18	38	131.100	47%
V	273.842	15	31	106.950	39%
VI	389.905	32	72	248.400	64%
TOTAL	1.568.120	112	240	828.000	54%

Quadro 2 - Rede assistencial básica por Distrito Sanitário sob gestão do Recife, 2008.

Fonte: GAB/SMS, Junho/2008.

4.4 População de Estudo

Para fins deste estudo, tomou-se como princípio que as entrevistas deveriam ser realizadas com os usuários que foram atendidos pelo médico e pelo enfermeiro das ESF, e por este motivo, o cálculo da amostra da população de estudo foi baseado no número de atendimentos realizados por esses profissionais.

Para tanto, considerando que médicos e enfermeiros das ESF atendem entre 5 a 7 turnos semanais, com cota de atendimento de 16 e 12 pacientes por turno, respectivamente; e considerando o potencial de 80% desta capacidade instalada semanal, calculou-se uma média de atendimento para os médicos equivalente a 18.432 atendimentos e para os enfermeiros de 13.824 pacientes, perfazendo uma meta total de 32.256 atendimentos por semana (Tabela 1).

E com o fim de garantir a representatividade da amostra e considerando todas as possibilidades para a viabilidade do estudo, assim como a natureza e as particularidades da população, definiu-se por amostrar 960 usuários o que equivale a aproximadamente 3% da população atendida nas USF. Tal fração amostral garante poder de aproximadamente 96% para diferenças entre proporções na ordem de 0,1.

Tabela 1 - Número de atendimentos dos profissionais médico e enfermeiro no PSF.

Profissional	Pcte/ Turno	Turnos na Semana	Capacidade Instalada/ ESF	Capacidade Total	80% da Capacidade Total	3% dos Pacientes
Médico	16	6	96	23.040	18.432	480
Enfermeiro	12	6	72	17.280	13.824	480

Fonte: Dados do próprio autor.

Para a distribuição proporcional dos usuários nas USF, foi adotado um plano amostral de definição das unidades a serem estudadas, tomando como base de estratos, os Distritos Sanitários. Dado que as unidades de saúde da família são subdivididas em equipes e definindo uma fração amostral de 20% do universo, tem-se um tamanho amostral de 48 ESF que foram distribuídas nos Distritos Sanitários, considerando a proporção de cada distrito com relação ao universo total de equipes.

Assim, com a definição do número de usuários participantes (960), e o número de equipes a serem estudadas (48), obteve-se uma média de 20 usuários

para cada ESF, distribuídos da seguinte forma: 10 usuários atendidos pelo médico e 10 usuários atendidos pelo enfermeiro. As ESF foram sorteadas de forma aleatória dentre todas as equipes de cada distrito sanitário.

Tabela 2 – Distribuição da amostragem a ser estudada, segundo Distrito Sanitário e profissional de atendimento.

Distrito	USF	ESF	Amostra ESF	Amostra Usuários	
				Médico	Enfermeiro
I	9	16	3	30	30
II	16	39	8	80	80
III	22	44	9	90	90
IV	18	38	8	80	80
V	15	31	6	60	60
VI	32	72	14	140	140
TOTAL	112	240	48	480	480

Fonte: Dados do próprio autor.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por oito bolsistas, estudantes do último ano do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE). Optou-se pela seleção destes, pela sua familiaridade com a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família facilitando assim compreensão das questões postas aos entrevistados, bem como a familiaridade com a metodologia científica.

Os bolsistas passaram por um treinamento para conhecer os objetivos da pesquisa e o instrumento a ser aplicado. Este treinamento abordou: a leitura do projeto de pesquisa, com o objetivo de integrar os bolsistas ao projeto e esclarecer eventuais questionamentos; simulação de aplicação do questionário entre os próprios bolsistas, minimizando desta forma as possibilidades de dúvidas no momento da entrevista; e aplicação observada do instrumento, por cada estudante, em uma ESF. Esta aplicação observada, teve o acompanhamento das supervisoras de campo, sendo seguida de uma análise dos dados coletados e discussão da necessidade de ajustes do instrumento. Como não houve necessidade de ajustes,

os dados coletados no treinamento, foram considerados válidos, e, portanto, incorporados à coleta de dados da pesquisa.

Para otimização do processo de coleta de dados e para uma maior segurança dos bolsistas, devido a coleta ser realizada em ESF que pudessem estar situadas em áreas de risco ou de difícil acesso, optou-se por distribuir os estudantes em duplas dentre as unidades de saúde sorteadas para procederem à aplicação dos questionários.

Os questionários foram preenchidos pelos bolsistas, de forma padronizada, garantindo que as respostas correspondessem fielmente ao que o usuário quis dizer. Durante o treinamento, eles foram alertados para alguns cuidados básicos para evitar vieses nos dados coletados.

1. Abordagem ao entrevistado: os bolsistas foram orientados para uma abordagem cordial, apresentando a pesquisa e solicitando a colaboração com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quem consentiu em colaborar, mas não quis assinar o TCLE foi excluído;
2. Apresentação das questões: os bolsistas foram orientados a lerem as questões *ipsis litteris*, sem interpretações. Se o usuário manifestasse dúvidas quanto à questão, esta seria lida novamente, textualmente. Se a dúvida persistisse após a segunda leitura, o bolsista podia explicar a questão, da forma mais sucinta possível;
3. Relação com o entrevistado: os bolsistas foram orientados para que, se o entrevistado mantivesse um comportamento pouco colaborador em relação ao bolsista, a entrevista não seria realizada.

Os usuários foram abordados logo após o atendimento médico ou de enfermagem, conforme definido na amostra do estudo. E o acompanhante pôde contribuir na resposta do paciente, como usuário da unidade de saúde, ou mesmo ser responsável pelas respostas, assinando o TCLE, nos casos em que o usuário em atendimento fosse paciente pediátrico. O período de coleta de dados teve duração de 6 meses, janeiro de 2009 a junho 2009.

Os bolsistas foram orientados para no momento da entrevista codificarem todos os questionários, tendo em vista a necessidade do sigilo quanto à identidade dos entrevistados. A codificação foi criada para fim específico desta pesquisa.

O código dos usuários é composto por 4 itens:

- 1) Número do entrevistador;
- 2) Identificação de entrevista de Usuário (U);
- 3) Número do usuário em relação ao total de entrevistados por profissional;
- 4) Código do Profissional

Exemplo da codificação dos usuários

1	U	2	M	02	F
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Número do entrevistador	Entrevista de Usuário	Segundo Usuário	Médico	Número do Médico	Saúde da Família

Para acompanhamento da coleta de dados, foram definidas algumas rotinas de supervisão com os bolsistas:

- Reuniões quinzenais: para consolidação dos questionários, orientações quanto às dúvidas e dificuldades encontradas durante a aplicação dos questionários e para monitoramento de cumprimento das metas estabelecidas;
- Troca regular de e-mails: com explicações, orientações e socialização de definições em torno da aplicação dos instrumentos de coleta;
- Plantão telefônico: os supervisores de campo ficaram à disposição para esclarecimentos de dúvidas e resolução de problemas;
- Análise dos questionários preenchidos: os instrumentos preenchidos foram consolidados e pré-sistematizados, e durante este processo, eram analisadas as possíveis inconsistências do preenchimento para posterior discussão com os bolsistas;

4.6 Processamento e Análise dos Dados

Os questionários preenchidos foram duplamente digitados em um banco de dados no Programa Excel Microsoft Office e foi realizada pré-análise para verificação de validade dos dados.

A análise dos dados foi realizada de acordo com os objetivos da pesquisa e o instrumento utilizado na entrevista. Para tanto, foi utilizado o Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 11, com a realização dos devidos testes estatísticos.

O plano de trabalho foi proposto em dois grandes blocos como descrito a seguir:

- Descrição do Perfil dos Usuários

Nesta fase, foi realizada a descrição dos dados referentes à caracterização dos usuários e a sua chegada até a unidade de saúde, por meio de uma análise estatística descritiva, utilizando gráficos e tabelas, com número e percentual para cada variável, estruturando assim o perfil dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Recife.

- Análise da Satisfação dos Usuários

Neste momento, as notas referentes ao grau de satisfação dos usuários com relação às variáveis propostas no questionário foram analisadas, tomando por base as suas médias em cada questão, assim como a frequência de notas por usuário, segundo as categorias de análise utilizadas nesta pesquisa.

Para avaliação de cada uma das questões contidas no questionário foi feita a média por indivíduo, obtida pela soma da questão, dividido pelo número de usuários:

$$\text{Avaliação da questão} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n} = \bar{X}$$

Para avaliação das categorias por cada usuário somaram-se as notas dadas às questões contidas na categoria dividindo-se pelo número de questões da mesma, obtendo-se uma nota média:

$$\text{Avaliação da Dimensão por usuário} = \frac{Q_1 + Q_2 + \dots + Q_k}{k} = \bar{Q}$$

As tabelas foram construídas com a frequência e percentual de usuários que deram um valor médio para cada categoria avaliada.

Para verificar a existência de diferenças significativas nas notas com relação às características pessoais dos usuários e entre os distritos sanitários, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (SIEGEL, 1975), proposto para testes que envolviam três ou mais grupos independentes e que tem como base a utilização de postos. O teste consiste em ordenar os dados e atribuir um posto a cada observação. Depois se soma os postos das observações em cada grupo.

A estatística do teste de Kruskal-Wallis é dada por:

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \left[\sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} \right] - 3(N+1)$$

Onde:

k - é o número de grupos;

n_i - é o número de observações em cada grupo;

$N = \sum_{i=1}^k n_i$ é o tamanho total da amostra;

$R_i = \sum_{j=1}^{n_i} R(X_{ij})$ é a soma dos postos de cada grupo

A estatística H tem distribuição qui-quadrado com (k-1) graus de liberdade.

Quando teste de Kruskal-Wallis indicou existência de diferenças significativas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975), para comparar os grupos dois a dois. O teste segue a mesma idéia de atribuição de postos. Ordena-se e atribui-se postos onde o menor valor recebe 1 e o maior recebe N.

A estatística do teste de Mann-Whitney é dada por:

$$W_{xy} = W_s - \frac{1}{2}n(n+1)$$

Onde:

n - é o número de observações no grupo controle (ou grupo 1) ;

$W_s = \sum_{i=1}^n S_i$ é a soma dos postos do grupo controle

S_i - são os postos do grupo controle;

O nível de significância adotado para os dois testes é de 5%.

Para definição do que seria satisfação dos usuários foram levados em consideração que os entrevistados eram usuários que se encontravam dentro das unidades de saúde, em atendimento médico ou de enfermagem e por isso têm um “sentimento de gratidão” que pode influenciar na percepção do serviço, dificultando uma visão mais crítica (DESLANDES, 1997; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAISTMAN; ANDRADE, 2005;). Portanto, os critérios de aprovação devem ser rigorosos e baseados na literatura específica.

Tomando por base pesquisa desenvolvida anteriormente por Mendes (2009) que avaliou a Qualidade da Assistência de Emergência de Alta Complexidade da Cidade do Recife, cuja metodologia foi adaptada para esta pesquisa no que diz respeito à avaliação de satisfação do usuário, é possível arbitrar sobre o que seria a satisfação do usuário com o atendimento das unidades de saúde da família. Pois, apesar das duas pesquisas se referirem a tipos de serviços com complexidades e formas de organização diferenciadas, observa-se grande semelhança com a opinião dos usuários. Observa-se também coerência quanto às bibliografias que avaliam o programa de saúde da família, consultadas, confirmando que apesar da diversidade de métodos e instrumentos, a satisfação é em geral estabelecida quando o usuário avalia como bom ou muito bom e alta ou muito alta satisfação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003; COTTA et al., 2005; RONZANI; SILVA, 2008). Desta forma ponderando que a média geral das notas obtidas neste estudo foi 7,03, pôde-se considerar a satisfação do usuário com o atendimento das unidades de saúde da família, as avaliações com notas iguais ou superiores a sete.

Após a definição do que seria considerado satisfação dos usuários, as notas foram agregadas em médias aritméticas para cada categoria avaliada, e dispostas segundo frequência de satisfação.

As notas médias obtidas foram analisadas segundo as categorias abaixo, sendo desagregadas, de acordo com a relevância estatística, por Distritos Sanitários, pelo profissional de atendimento ao usuário e pelas variáveis pessoais dos entrevistados.

- a) Estrutura e Processo: condições oferecidas pelas unidades de saúde e trabalho dos profissionais;

b) Dimensões: confidencialidade das informações, direito à informação, conforto, dignidade e cortesia, acessibilidade, assistência clínica, tempo de espera e desenvolvimento de atividades comunitárias;

É importante ressaltar que este estudo tomou como desagregação máxima dos dados, os Distritos Sanitários, não havendo durante a análise distinção entre as unidades ou equipes de saúde da família.

4.7 Considerações Éticas

A realização desta pesquisa foi informada ao Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Para a aplicação dos questionários foi apresentado aos entrevistados o TCLE, contendo os objetivos da pesquisa e esclarecimentos quanto à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de a qualquer momento não mais fazer parte da pesquisa. Não existindo assim, a possibilidade de danos ou riscos à população envolvida.

É importante ressaltar que este projeto está inserido em um projeto maior “Avaliação da Qualidade do Atendimento da Assistência Básica de Saúde da Cidade do Recife”, que obteve parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados:

- Caracterizam os usuários das Equipes de Saúde da Família entrevistados;
- Avaliam a satisfação dos usuários para com o atendimento das Equipes de Saúde da Família.

5.1 Caracterização dos usuários

Foram entrevistados 939 usuários, distribuídos nos Distritos Sanitários conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos usuários entrevistados segundo profissional de atendimento e Distritos Sanitários.

Distrito	USF	ESF	Amostra ESF	Usuários Entrevistados	
				Médico	Enfermeiro
I	9	16	3	30	30
II	16	39	9*	80	80
III	22	44	9	90	84
IV	18	38	8	80	80
V	15	31	6	60	60
VI	32	72	14	134	131
TOTAL	112	240	49	474	465

Nota: *No distrito II devido à férias do profissional houve necessidade do sorteio de mais uma ESF para finalização da coleta.

Inicialmente, os usuários entrevistados, foram questionados quanto a sua condição no momento do atendimento, se paciente ou acompanhante, sendo possível observar que 74,8% dos usuários eram pacientes no momento da entrevista. No que se refere ao sexo destes entrevistados, gráfico 3, constatou-se que em quase sua totalidade, foram entrevistados usuários do sexo feminino (91,1%).

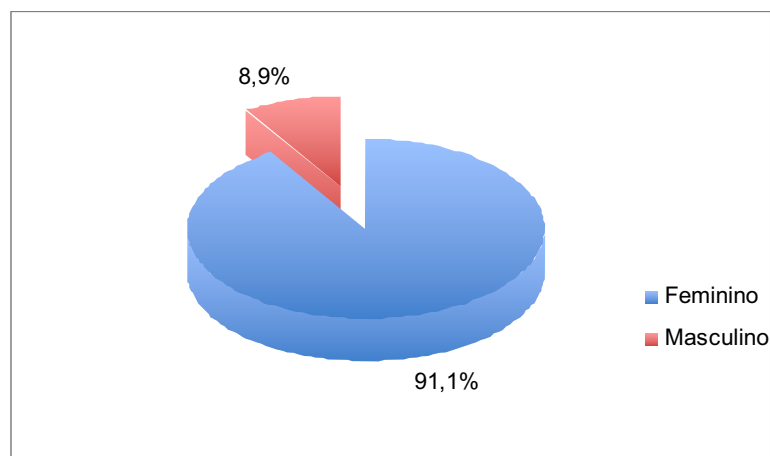


Gráfico 3 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo sexo, 2009.

O estado civil relatado pela maioria dos entrevistados (Tabela 4), foi casado ou união estável, representando 62,7% da amostra, seguido dos solteiros, 27,8% e dos viúvos, 5,5%. O percentual de separados foi menor que 5%.

Tabela 4 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo estado civil, 2009.

Estado Civil	N	%
Casado/União Estável	589	62,73
Solteiro	261	27,80
Viúvo	52	5,54
Separado	37	3,94
Total	939	100

Os usuários relataram, em sua maioria, pertencer a raça parda/morena, 74,1%. A referência a raça negra foi citada apenas por 7,2% dos entrevistados.

Ao analisar a faixa etária (Tabela 5), observa-se que mais de 60% dos usuários são jovens, 54,5% com idade entre 20 e 39 anos e 7,8% com até 19 anos. Os adultos representaram 29,9% da amostra e os idosos apareceram com um percentual baixo, 7,8%.

Tabela 5 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo faixa etária, 2009.

Faixa etária	N	%
Até 19 anos (jovem)	71	7,8
20-39 anos (adulto jovem)	497	54,5
40-59 anos (adulto)	273	29,9
60 anos e mais (idoso)	71	7,8
Total	912	100

Nota: 7 usuários não responderam à pergunta.

O bairro de moradia dos usuários foi cruzado com o bairro no qual a USF está localizada (Tabela 6). Este cruzamento demonstra que 98,3% dos usuários moram no mesmo bairro da USF. O DS III exibe o maior percentual de usuários que não moram no mesmo bairro da USF, no entanto, é importante destacar que em sua maioria, estes são usuários que moram em bairros vizinhos ao da unidade (11 usuários). Nesta análise foram encontrados dois usuários que residem em outro município e que estavam sendo atendidos nas unidades do Recife, nos DS III e DSVI.

Tabela 6 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o cruzamento do bairro de moradia e o bairro de localização da unidade, 2009.

Distrito Sanitário	Bairro de moradia semelhante ao da USF				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
I	60	100	0	0	60
II	159	100	0	0	159
III	160	92,5	13	7,5	173
IV	158	100	0	0	158
V	119	99,2	1	0,8	120
VI	250	99,2	2	0,8	252
Total	906	98,3	16	1,7	922

Nota: 17 usuários não responderam à pergunta.

Observando o grau de instrução dos usuários (Tabela 7), destaca-se o alto número de entrevistados que apresentam baixo nível de escolaridade. Desta forma, ao agrupar aqueles que se referem sem escolaridade, com os que referem ter o ensino fundamental incompleto, chega-se a quase metade da amostra, 45% dos

usuários. Sendo o maior contingente os usuários que tem ensino fundamental incompleto, 40,7% dos entrevistados.

É possível observar ainda um percentual significativo de usuários que referem possuir ensino fundamental completo e o ensino médio incompleto, 29,5%, como também para o ensino médio completo, 23,4%. Apesar dos pequenos números, é importante mencionar a existência de usuário das USF que referem ter nível superior, 2,1% dos entrevistados, incluindo neste percentual, nível superior completo e incompleto.

Tabela 7 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo nível de escolaridade, 2009.

Nível de Escolaridade	N	%
Sem escolaridade e Fundamental incompleto	422	45,0
Fundamental Completo e Médio incompleto	276	29,5
Médio completo	219	23,4
Superior incompleto e completo	20	2,1
Total	937	100

Nota: 2 usuários não responderam a pergunta.

Os usuários também foram questionados quanto ao seu tipo de ocupação (Tabela 8), e os resultados desta variável revela que, 50,3% dos usuários são donas de casa. Os usuários sem vínculo empregatício representam 25,5% dos entrevistados, e apenas 15,1% tem vínculo empregatício. Os estudantes aparecem com um baixo percentual na amostra entrevistada, 6,1%, e os empregadores, 3,0%.

Tabela 8 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, segundo o tipo de ocupação, 2009.

Tipo de Ocupação	N	%
Dona de casa	469	50,3
Sem vínculo empregatício	238	25,5
Com vínculo empregatício	141	15,1
Estudante	57	6,1
Empregador	28	3,0
Total	933*	100

Nota: 6 usuários não responderam a pergunta.

Em relação aos resultados correspondentes ao número de moradores por domicílio, na residência dos usuários entrevistados, observa-se que o número de habitantes varia de no mínimo um, no caso dos indivíduos que moram sozinhos, a no máximo 11. O número médio de moradores por domicílio encontrado foi de três habitantes.

Os usuários também foram questionados quanto ao uso da unidade de saúde pelas pessoas que moram na sua residência (Gráfico 4). Sendo observado que 83,1% dos indivíduos que moram com os entrevistados, usam a USF. Analisando esses resultados segundo o sexo, é possível concluir que o percentual dos homens que não utilizam a unidade de saúde, 22,9%, é maior que o percentual das mulheres, 9,2%.

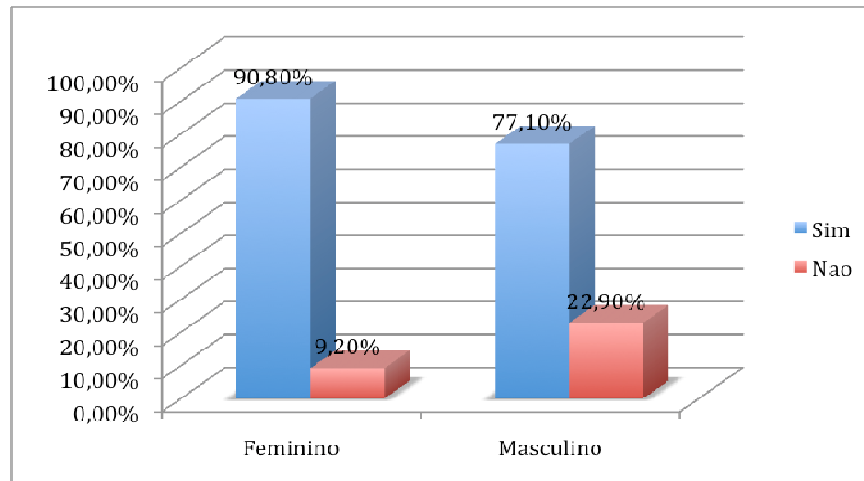


Gráfico 4 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, por sexo e uso da unidade, 2009.

Ao aprofundar a descrição da utilização da unidade de saúde pelas pessoas que moram com os usuários, segundo sexo e faixa etária (Tabela 9), pode-se perceber que além da diferença entre os sexos, a utilização das unidades de saúde, é menor para os homens que apresentam faixa etária entre 20 a 59 anos.

Tabela 9 - Distribuição dos moradores da residência dos entrevistados, segundo sexo e faixa etária, de acordo com a utilização da USF, 2009.

Sexo	Faixa Etária	Usa a unidade		Não usa a unidade	
		N	%	N	%
Feminino	Até 19 anos	570	93,1	42	6,9
	20 a 39 anos	244	89,1	30	10,9
	40 a 59 anos	128	90,8	13	9,2
	60 anos ou mais	80	80,8	19	19,2
Masculino	Até 19 anos	575	90,1	63	9,9
	20 a 39 anos	323	64,5	178	35,5
	40 a 59 anos	153	68,3	71	31,7
	60 anos ou mais	78	76,5	24	23,5

Para a análise do vínculo do usuário com a unidade de saúde, foram realizados dois questionamentos.

O primeiro levou em consideração se o atendimento recebido pelo usuário no dia da entrevista, era o seu primeiro contato com a USF (Gráfico 5). Com relação a esse aspecto foi observado que 95,6% dos usuários referiram que o atendimento atual não era o seu primeiro contato com a USF.

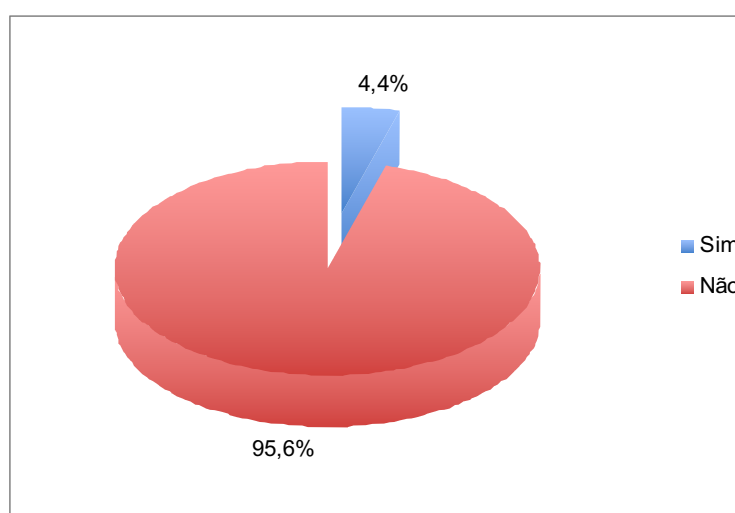


Gráfico 5 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com a utilização da unidade, se primeiro contato ou não, 2009.

O segundo questionamento realizado para visualizar o vínculo do usuário com a USF envolveu a seguinte situação: sempre que o usuário apresentar um problema

de saúde, ele procura a referida unidade para atendimento (Gráfico 6). Diante dos resultados, percebemos que há um alto percentual de usuários, 82,6%, que citam esta afirmativa como verdadeira, ou seja, sempre que estes indivíduos apresentam algum problema de saúde, buscam a USF que estão vinculados para realização do atendimento.

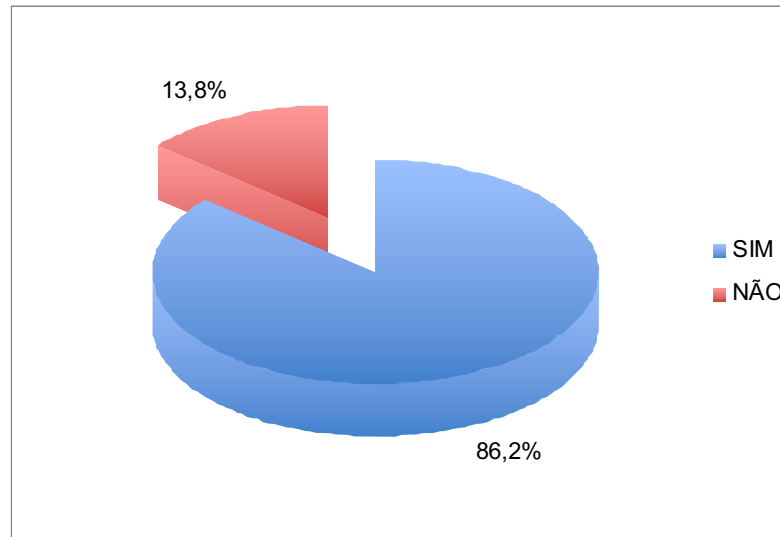


Gráfico 6 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com a utilização da unidade, se sempre que apresenta um problema de saúde procura a unidade, 2009.

Nota: 4 usuários não responderam a pergunta.

O nível atual de saúde, auto-referido, dos usuários, também foi pesquisado (Gráfico 7). Sendo possível observar que a distribuição dos usuários que citaram possuir níveis de saúde bom e regular, foram bastante próximos, 47,6% e 42,9% respectivamente, englobando assim, 90,5% da amostra pesquisada. É importante destacar ainda, que apenas 9,5% dos indivíduos entrevistados se consideraram com um nível de saúde atual ruim.

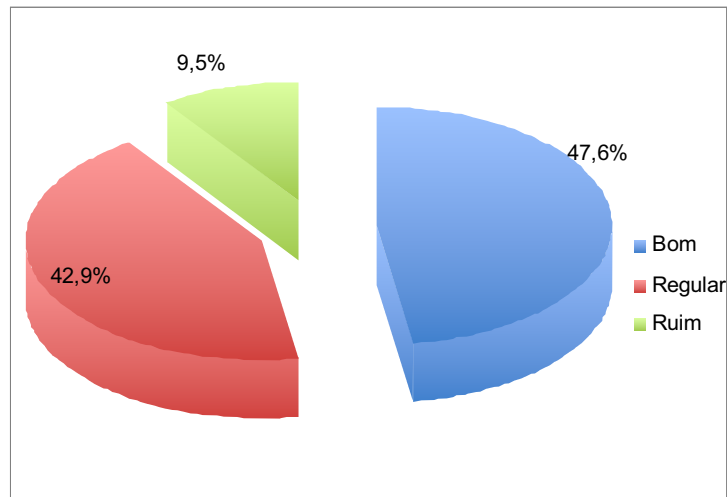


Gráfico 7 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o nível de saúde auto-referido, 2009.

Para complementar a informação quanto ao nível de saúde dos usuários, houve a necessidade de se obter informações quanto ao uso de medicamentos contínuos (Gráfico 8). Analisando os resultados, observa-se que 64,1% dos usuários relataram não tomar nenhum medicamento de uso contínuo no momento da entrevista.

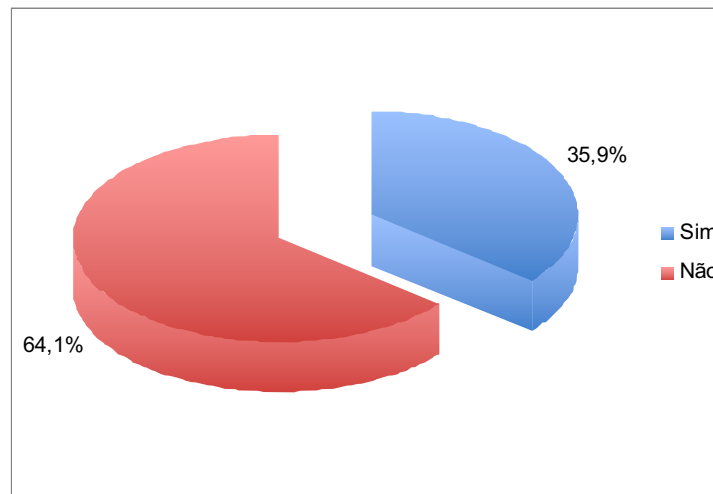


Gráfico 8 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o uso de medicamentos contínuos, 2009.

Nota: 13 usuários não responderam essa questão.

Quando os usuários foram questionados sobre possuir alguma doença, 39,6% deles referiram que sim. Esses usuários foram distribuídos, na Tabela 10, de acordo

com o número de doenças auto-referidas. Assim, dentre os usuários que afirmaram ter alguma doença, 65,6% dizem possuir apenas uma doença, 25,8% duas doenças e o percentual de usuários com três ou mais doenças chega a atingir 8,5%.

Tabela 10 - Distribuição dos usuários das USF do Recife, segundo número de doenças auto-referidas, 2009.

Número de doenças	N	%
Apenas 1 doença	244	65,6
2 doenças	96	25,8
3 doenças	21	5,6
4 doenças	9	2,4
5 ou mais doenças	2	0,5
Total	372	100

Dentre as doenças citadas pelos entrevistados (Quadro 3), observa-se que a hipertensão é a mais citada, 49,3%, seguida da diabetes, 13,9%. Outra forma de visualização dos resultados, a partir da distribuição percentual das doenças nos usuários na USF, demonstra que o percentual de usuários com hipertensão, na amostra estudada, é de 28,8% e de diabetes, 8,1%.

Doença	N	%	% de doenças no USF (N*100/939)
Hipertensão	270	49,3	28,8
Diabetes	76	13,9	8,1
Outra doença	63	11,5	6,7
Artropatia	39	7,1	4,2
Cardiopatia	31	5,7	3,3
AVC e Prob. Neurológico	32	5,8	3,4
Hepatite	9	1,6	1,0
Distúrbio Mental	13	2,4	1,4
Tuberculose	6	1,1	0,6
Câncer	5	0,9	0,5
Hanseníase	4	0,7	0,4
Total	548	100	*

Quadro 3 – Doenças auto-referidas pelos usuários das USF do Recife, 2009.

Para observar o acesso do usuário a unidade de saúde, foram investigados aspectos relacionados a marcação da consulta: forma de marcação e o tempo entre o agendamento e o dia da consulta.

Ao examinar a forma que os usuários utilizaram para a marcação da consulta (Tabela 11), observa-se que grande parcela dos entrevistados, 72,5%, realizou a

marcação na própria unidade de saúde. Um percentual relevante de usuários, 22,9%, realizou a marcação através do ACS, e os demais, 4,6% dos usuários, utilizaram outras formas de marcação, como: telefone, através de algum parente, etc.

Tabela 11 - Distribuição dos usuários das USF do Recife, segundo forma de marcação da consulta, 2009.

Forma de Marcação da Consulta	N	%
Na unidade	678	72,5
Com o ACS	214	22,9
Outra	43	4,6
Total	935	100

Nota: 4 usuários não responderam a pergunta.

No que diz respeito a análise do tempo de marcação da consulta, tempo entre a solicitação de agendamento e a sua realização, inicialmente foi feita uma classificação dos usuários, em duas categorias: encaixe e agendamento prévio (Gráfico 9). Desta forma foi possível observar que 73,3% dos usuários realizaram o agendamento da consulta.

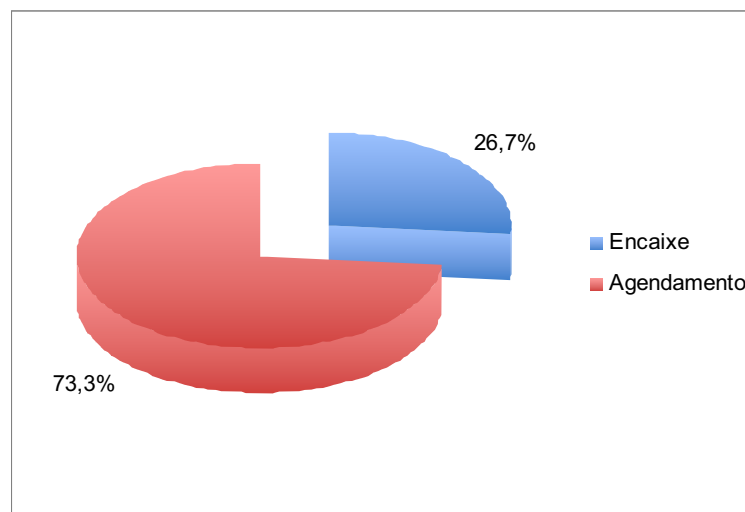


Gráfico 9 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o tipo de marcação da consulta, 2009.

Nota: 28 usuários não responderam a pergunta.

Os 668 usuários que realizaram o agendamento, tiveram a realização da consulta em um período que variou de 2 dias a até 4 meses, período este distribuído no Gráfico 10. Os resultados demonstram que em 49,7% dos agendamentos, o tempo para realização da consulta variou entre 2 a 7 dias. Os períodos de 8 a 14 dias e 15 a 30 dias, obtiveram um percentual de 14,2% e 14,5% respectivamente do total de agendamentos. É importante destacar o percentual de consultas que foram agendadas para um período maior que 30 dias, 21,7%.

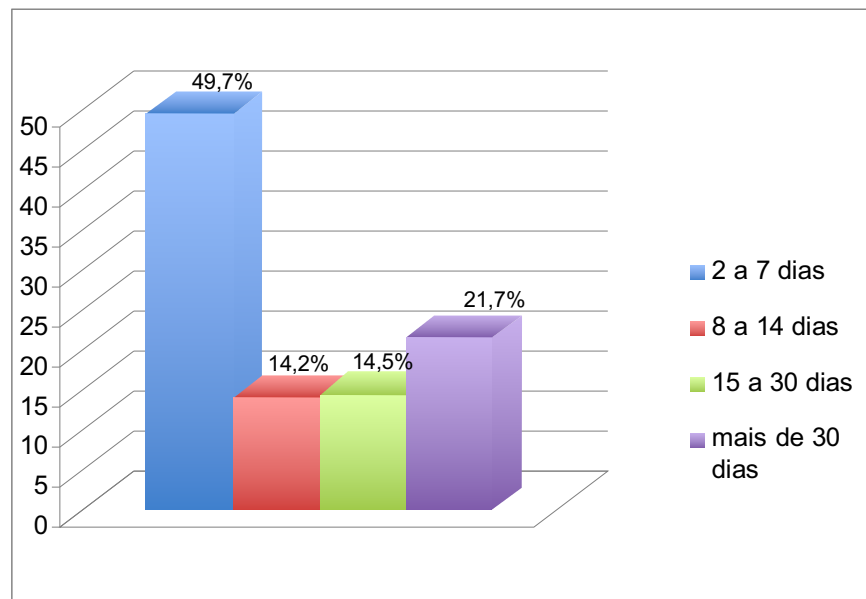


Gráfico 10 – Distribuição dos usuários atendidos nas USF do Recife, de acordo com o tempo para a realização da consulta, 2009.

Os usuários foram questionados ainda, sobre a forma que eles chegaram a unidade de saúde. Neste aspecto, observa-se que quase totalidade dos entrevistados, 95,9%, chegou a pé à unidade de saúde. As outras formas referidas apresentaram pequenos percentuais, em sua maioria abaixo de 1% (bicicleta, carro, moto, ônibus). Os usuários que relataram ter ido à unidade de carro ou ônibus, complementaram a informação afirmando que haviam saído do trabalho direto para USF ou eram idosos com dificuldade de locomoção.

5.2 Avaliação da satisfação dos usuários com o atendimento

Inicialmente foi realizada a análise dos resultados segundo estrutura (condições oferecidas aos usuários) e processo (trabalho dos profissionais), de acordo com a divisão de questões apresentadas na Matriz de Construção da Análise das Dimensões a serem Pesquisadas (Quadro 1, pág. 56)

A avaliação dos usuários demonstra que o trabalho dos profissionais apresenta um nível de satisfação bastante elevado, 75,4%, principalmente quando comparado a avaliação da satisfação das condições oferecidas 41,4% (Tabela 12). Os Distritos Sanitários que apresentam um maior nível de insatisfação com as condições oferecidas são o DS III, com 70,9%, seguido do DS VI, 61,5%. Para o trabalho dos profissionais, os DS I e II apresentam os maiores níveis de satisfação, 80,0% e 83,1% respectivamente. Os testes estatísticos aplicados revelam diferenças significativas entre os distritos nas duas dimensões. Sendo o DS I, o que apresenta diferenças significativas em condições oferecidas com os demais distritos, e o DS II, o que difere dos DS III, IV e VI em trabalho dos profissionais (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos médicos e enfermeiros no PSF por Distrito Sanitário do município do Recife, 2009.

Dimensões	Distrito	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Notas Médias	Kruskal Wallis P-valor
		N	%	N	%			
Condições Oferecidas	I	24	40,0	36	60,0	60	7,3	< 0,001
	II	93	58,1	67	41,9	160	6,6	
	III	95	70,9	39	29,1	134	6,2	
	IV	109	54,5	91	45,5	200	6,7	
	V	66	55,0	54	45,0	120	6,5	
	VI	163	61,5	102	38,5	265	6,3	
	Geral	550	58,6	389	41,4	939	6,5	
Trabalho dos Profissionais	I	12	20,0	48	80,0	60	8,2	0,005
	II	27	16,9	133	83,1	160	8,4	
	III	38	28,4	96	71,6	134	7,8	
	IV	51	25,5	149	74,5	200	8,0	
	V	34	28,3	86	71,7	120	7,9	
	VI	69	26,0	196	74,0	265	7,8	
	Geral	231	24,6	708	75,4	939	8,0	

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: 1=2=3=4=5=6.

Tabela 13 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação às condições oferecidas e o trabalho dos profissionais de acordo com o Distrito Sanitário, 2009.

Comparação dos DS	P-valor	
	Condições Oferecidas	Trabalho dos Profissionais
I = II	0,01	0,303
I = III	< 0,001	0,174
I = IV	0,006	0,24
I = V	0,035	0,626
I = VI	< 0,001	0,135
II = III	0,022	0,002
II = IV	0,794	0,002
II = V	0,833	0,06
II = VI	0,059	< 0,001
III = IV	0,004	0,711
III = V	0,032	0,339
III = VI	0,446	0,939
IV = V	0,99	0,491
IV = VI	0,018	0,567
V = VI	0,078	0,245

Nota: P-valor referente ao teste Mann-Whitney

Ao observar a satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais (Tabela 14), de acordo com o profissional que realizou o atendimento, médico ou enfermeiro, verifica-se que a satisfação é um pouco maior para os usuários que foram atendidos pelo enfermeiro, 78,7%, quando comparados pelos usuários atendidos pelo médico, 72,2% com diferença significativa (p-valor de 0,006).

Visualizando esses resultados, segundo os Distritos Sanitários, para os usuários atendidos pelo enfermeiro, os DS I e V apresentam maior satisfação com o trabalho realizado por esses profissionais, 86,7% e 80,0% e o DS VI maior insatisfação, 25,2%. Para os usuários atendidos pelo médico, o DS II apresenta o maior percentual de satisfação com o trabalho desempenhado, 85% e nos DS III e V, encontram-se os usuários com maior insatisfação, 34,3% e 36,7%.

Tabela 14 - Avaliação da satisfação dos usuários com o trabalho dos médicos e enfermeiros, segundo o profissional que realizou o atendimento, no PSF por Distrito Sanitário do município do Recife, 2009.

Profissional que realizou o atendimento	DS	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Kruskal wallis P-valor
		N	%	N	%			
Enfermeiro	I	4	13,3	26	86,7	30	8,4	0,062
	II	15	18,8	65	81,3	80	8,4	
	III	14	21,9	50	78,1	64	8,0	
	IV	21	21,0	79	79,0	100	8,1	
	V	12	20,0	48	80,0	60	8,4	
	VI	33	25,2	98	74,8	131	7,9	
	Total	99	21,3	366	78,7	465	-	
Médico	I	8	26,7	22	73,3	30	7,9	0,014
	II	12	15,0	68	85,0	80	8,5	
	III	24	34,3	46	65,7	70	7,7	
	IV	30	30,0	70	70,0	100	7,8	
	V	22	36,7	38	63,3	60	7,4	
	VI	36	26,9	98	73,1	134	7,7	
	Total	132	27,8	342	72,2	474	-	

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: 1=2=3=4=5=6. (P-valor significativo, referente ao teste Mann-Whitney, para os usuários atendidos pelo médico: 2=3 0,004; 2=4 0,007; 2=5 e 2=6 0,002).

Ao analisar a associação entre as condições oferecidas pelas unidades de saúde e o trabalho dos profissionais com a faixa etária dos usuários (Tabela 15), percebe-se que os usuários mais jovens (até 19 anos e de 20 a 39 anos) apresentam maior insatisfação com as condições oferecidas, 67,1% e 62,8% de insatisfação. Com o trabalho dos profissionais, os usuários mais satisfeitos são os mais velhos, 60 anos ou mais, com 87,3% de satisfação.

Tabela 15 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais segundo a faixa etária dos usuários, no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões	Faixa Etária	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Kruskal Wallis P-valor
		N	%	N	%			
Condições Oferecidas	Até 19 anos ^a	47	67,1	23	32,7	70	6,2	< 0,001
	20 a 39 anos ^b	312	62,8	185	37,2	497	6,4	
	40 a 59 anos ^c	146	53,5	127	46,5	273	6,7	
	60 anos ou mais ^d	26	36,6	45	63,4	71	7,2	
	Total	531	58,3	380	41,7	911	-	
Trabalho dos Profissionais	Até 19 anos ^a	15	21,4	55	78,6	70	8,0	0,021
	20 a 39 anos ^b	134	27,0	363	73,0	497	7,9	
	40 a 59 anos ^c	65	23,8	208	76,2	273	7,9	
	60 anos ou mais ^d	9	12,7	62	87,3	71	8,5	
	Total	223	24,5	688	75,5	911	-	

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: a=b=c=d.

Tabela 16 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais de acordo com a faixa etária dos usuários, 2009.

Comparação das Faixas Etárias	P- valor	
	Condições Oferecidas	Trabalho dos Profissionais
a = b	0,612	0,86
a = c	0,043	0,527
a = d	< 0,001	0,006
b = c	0,008	0,494
b = d	< 0,001	0,003
c = d	0,014	0,012

Nota: P-valor referente ao teste Mann-Whitney.

Na avaliação do nível de escolaridade com as condições oferecidas pelo PSF e o trabalho dos profissionais (Tabela 17), é possível observar que mesmo não havendo significância estatística, quando o nível de escolaridade aumenta, a satisfação dos usuários diminui com as condições oferecidas. Para o trabalho dos profissionais esse fenômeno não foi ser observado.

Tabela 17 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais segundo o nível de escolaridade, no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões	Nível de Escolaridade	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Média	Kruskal wallis P-valor
		N	%	N	%			
Condições Oferecidas	Sem escolaridade e Fundamental Incompleto ^a	234	55,5	188	44,5	422	6,5	0,631
	Fundamental Completo e Médio Incompleto ^b	166	60,1	110	39,9	276	6,5	
	Médio Completo ^c	136	62,1	83	37,9	219	6,5	
	Superior Incompleto e Completo ^d	13	65,0	7	35,0	20	5,9	
	Total	549	58,6	388	41,4	937	-	
Trabalho dos Profissionais	Sem escolaridade e Fundamental Incompleto ^a	113	26,8	309	73,2	422	7,9	0,665
	Fundamental Completo e Médio Incompleto ^b	64	23,2	212	76,8	276	8,0	
	Médio Completo ^c	46	21,0	173	79,0	219	8,1	
	Superior Incompleto e Completo ^d	8	40,0	12	60,0	20	7,2	
	Total	231	24,7	706	75,3	937	-	

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: a=b=c=d.

As dimensões avaliativas também foram analisadas de acordo com a ocupação dos usuários. Esta análise demonstra que existem pequenas diferenças, entre as opiniões das donas de casa e os demais usuários. Na Tabela 18, observa-se que as donas de casa avaliam mais satisfatoriamente as duas dimensões, condições oferecidas e trabalho dos profissionais, 43,7% e 76,8%, no entanto, apenas na dimensão trabalho dos profissionais, houve significância estatística.

Tabela 18 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais segundo tipo de ocupação dos usuários, no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões	Ocupação	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Mann-Whitney P-Valor*
		N	%	N	%			
Condições Oferecidas	Dona de casa ^a	264	56,3	205	43,7	469	6,59	0,114
	Outro ^b	283	61,0	181	39,0	464	6,43	
	Total	547	58,6	386	41,4	933	-	
Trabalho dos Profissionais	Dona de casa ^a	109	23,2	360	76,8	469	8,08	0,025
	Outro ^b	122	26,3	342	73,7	464	7,89	
	Total	231	24,8	702	75,2	933	-	

Nota: P-valor referente ao teste de Mann-Whitney tendo como hipótese nula: a=b.

A satisfação dos usuários também foi avaliada segundo as dimensões da qualidade do atendimento prestado nas USF do Recife definidas para este estudo,

estes resultados apontam para uma alta satisfação com o direito e a confidencialidade das informações, e a assistência clínica oferecida ao usuário, todas estas com níveis de satisfação acima de 90% (Tabela 19). Os tempos de espera e a acessibilidade foram as dimensões piores avaliadas, com 67,1% e 56,6% de insatisfação respectivamente. Entretanto, destaca-se também a dimensão desenvolvimento de atividades comunitárias pelo elevado nível de insatisfação, 49,7%.

Tabela 19 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões da Qualidade	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média
	N	%	N	%		
Acessibilidade	513	54,6	426	45,4	939	6,6
Dignidade e Cortesia	329	35,0	610	65,0	939	7,3
Conforto	424	45,2	515	54,9	939	6,9
Assistência Clínica ao Usuário	88	9,4	850	90,6	938	8,8
Tempos de Espera	630	67,1	309	32,9	939	5,4
Confidencialidade das Informações	79	8,4	859	91,6	938	9,1
Direito a Informações	69	7,4	867	92,6	936	9,2
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	466	49,7	472	50,3	938	6,3

Aprofundando a análise das dimensões da qualidade estudadas, a partir da exploração das questões que as compõem (Tabela 20), observa-se:

Na dimensão acessibilidade, as questões melhores avaliadas são a distância da casa do usuário até a unidade de saúde e os dias disponíveis para atendimento do médico, 80,4% e 73,0% de satisfação. Nesta dimensão, destaca-se também, o alto percentual de insatisfação dos usuários no que se refere a possibilidade de participar de atividades educativas no momento da espera da consulta, 73,9% de insatisfação. Esta foi a questão pior avaliada em todo o questionário.

As questões que compõem a dignidade e cortesia apresentam boa avaliação dos usuários, com percentuais acima de 70% de satisfação, apenas a questão que aborda a possibilidade de fazer reclamações sobre a unidade e ser ouvido, apresenta comportamento diferenciado, 63,0% de insatisfação.

A limpeza da unidade é a questão melhor avaliada na dimensão conforto, 77% de satisfação, seguida da conservação dos equipamentos com 70,4%. Nesta dimensão, a pior questão avaliada diz respeito ao conforto da unidade e a quantidade de cadeiras, com 54,2% de insatisfação.

A assistência clínica, obteve alto percentual de satisfação entre as questões que a compõe, acima de 90%. Apenas as questões de duração da consulta e ter conseguido resolver o problema de saúde, não atingiram esse percentual, ficando com 86,0% e 78,6% respectivamente.

A dimensão tempo de espera é formada a partir de dois enfoques: o tempo para ser atendido e o tempo para receber o resultado dos exames. Nestes casos, o percentual de insatisfação, apresentou-se maior que 50%, estando os usuários mais insatisfeitos com o tempo para entrega dos exames, 63% de insatisfação.

A confidencialidade e o direito às informações são dimensões compostas por uma única questão, assim, ao analisar a dimensão, como realizado anteriormente, analisa-se a questão que as compõe. No caso da dimensão confidencialidade, busca-se avaliar a confiança no médico/enfermeiro para contar os problemas de saúde, e no direito a informação, se as informações repassadas pelo médico/enfermeiro sobre o problema de saúde do usuário são satisfatórias. Estas duas dimensões/questões foram avaliadas positivamente, com percentuais acima de 90% de satisfação.

Para a dimensão desenvolvimento de atividades comunitárias, observa-se altos percentuais de insatisfação, entre 35% a 55% uma vez que esta avaliação se refere ao atendimento nas USF.

As questões que levam em consideração o trabalho do ACS: frequência da visita domiciliar do ACS, orientações quanto ao uso adequado dos serviços de saúde durante as visitas e acompanhamento pelo ACS do estado de saúde do usuário e sua família, apresentam um percentual de insatisfação entre 35% e 40%. A questão que demonstrou o maior nível de insatisfação foi o conhecimento e a possibilidade de participar dos grupos de educação em saúde realizados pela unidade, 52,7% de insatisfação.

Tabela 20 – Avaliação das questões de avaliação da qualidade do atendimento nas USF do Recife, 2009.

Dimensão		Questões da Satisfação dos Usuários	In
Qualidade	Avaliação		
Acessibilidade	Condições	Distância da casa para a unidade de saúde.	18
Acessibilidade	Condições	Facilidade para marcar uma consulta.	42
Acessibilidade	Condições	Dias disponíveis para o atendimento do médico.	24
Acessibilidade	Condições	Possibilidade de ser atendido na unidade, quando acontecer um problema de saúde.	38
Dignidade e Cortesia	Trabalho	Disponibilidade dos profissionais para dar orientações que precisou.	24
Dignidade e Cortesia	Trabalho	Gentileza e respeito dos profissionais durante o atendimento.	16
Conforto	Condições	Conforto e quantidade das cadeiras.	50
Conforto	Condições	Limpeza da unidade.	27
Conforto	Condições	Temperatura da unidade.	43
Conforto	Condições	Conservação do mobiliário da unidade .	31
Conforto	Condições	Conservação dos equipamentos.	27
Tempo de Espera	Condições	Tempo de espera para ser atendido.	51
Acessibilidade	Condições	Possibilidade de participar das atividades educativas no momento de espera para a consulta.	68
Assist. Clínica ao Usuário	Condições	Duração da consulta (tempo).	13
Assist. Clínica ao Usuário	Trabalho	Paciência do médico/enfermeiro para escutar com atenção os problemas de saúde.	51
Conf. das Informações	Trabalho	Confiança no médico/enfermeiro para contar seus problemas de saúde.	71
Assist. Clínica ao Usuário	Trabalho	Cuidado e detalhamento do médico/enfermeiro ao lhe examinar.	71
Direito a Informação	Trabalho	Informações repassadas pelo médico/enfermeiro sobre seu problema de saúde e o tratamento.	61
Acessibilidade	Condições	Facilidade para pegar os medicamentos que são prescritos.	33
Assist. Clínica ao Usuário	*	Ter conseguido resolver o seu problema de saúde.	19
Dignidade e Cortesia	Condições	Possibilidade de fazer reclamações sobre a unidade e ser ouvido.	36
Acessibilidade	Condições	Facilidade para agendar uma consulta especializada.	34
Acessibilidade	Condições	Facilidade em realizar os exames solicitados.	27
Tempo de Espera	Condições	Tempo de espera para receber o resultado dos exames.	49
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Trabalho	Realização de palestras na comunidade pelos profissionais do PSF.	41
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Condições	Conhecimento e a possibilidade de participar dos grupos de educação em saúde, realizados pela unidade.	40
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Condições	Frequência da visita do ACS à sua casa.	36

Tabela 20 – Avaliação das questões de avaliação da qualidade do atendimento nas USF do Recife, 2009.

Dimensão		Questões da Satisfação dos Usuários	I
Qualidade	Avaliação		
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Trabalho	Orientação do ACS a sua família quanto ao uso adequado dos serviços de saúde durante as vistas domiciliares.	3
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Trabalho	Acompanhamento do ACS, do estado de saúde da sua família (ex.: estado nutricional), durante as vistas.	3
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	Trabalho	Visita do profissional médico à sua casa (Na presença de pessoas acamadas ou com grandes dificuldades de locomoção na residência).	4
*	*	Atendimento recebido nesta unidade de saúde, de forma geral.	1

Ao correlacionar as dimensões da qualidade com os Distritos Sanitários (Tabela 21), percebe-se que todos os distritos, avaliam a assistência clínica, a confidencialidade e o direito a informação com elevados níveis de satisfação, acima de 80%.

Destacam-se os distritos III e VI, como os que apresentam as piores avaliações em pelo menos metade das dimensões estudadas. Para o DS III, as piores avaliações foram para a acessibilidade, 30,6% de satisfação, dignidade e cortesia, 52,8%, tempo de espera, 29,1% e desenvolvimento de atividades comunitárias, 44% de satisfação. O DS VI apresenta as piores avaliações nas dimensões: conforto, 50,2% de satisfação, assistência clínica, 84,5%, confidencialidade e direito as informações, 88,3% e 87,8% respectivamente.

As melhores avaliações foram realizadas pelo DS I, na maioria das dimensões, exceto na confidencialidade das informações e desenvolvimento de atividades comunitárias.

Observa-se ainda, que o tempo de espera foi a dimensão que apresentou os mais baixos níveis de satisfação em todos os distritos, com percentuais de satisfação entre 29,1% no DS III e 43,3% no DS I.

Tabela 21 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade no PSF, nos distritos sa 2009.

Dimensões da Qualidade	Satisfação dos Usuários											
	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
Acessibilidade	37	61,7	67	41,9	41	30,6	107	53,5	62	51,7	112	
Dignidade e Cortesia	50	83,3	109	68,1	78	58,2	131	65,5	79	65,8	163	
Conforto	44	73,3	93	58,1	69	51,5	111	55,5	65	54,2	133	
Assistência Clínica	58	96,7	147	91,9	128	95,5	191	95,5	103	85,8	223	
Tempo de Espera	26	43,3	48	30,0	39	29,1	70	35,0	41	34,2	85	
Confidencialidade das Informações	54	90,0	150	93,8	125	93,3	189	94,5	108	90,0	233	
Direito as Informações	58	96,7	153	95,6	128	95,5	191	95,5	107	89,2	230	
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	30	50,0	101	63,1	59	44,0	90	45,0	62	52,1	130	

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: 1=2=3=4=5=6.

Tabela 22 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação às dimensões da qu os distritos sanitários, 2009.

Comparação dos Distritos Sanitários	P-valor*					
	Acessibilidade	Dignidade e Cortesia	Conforto	Assistência Clínica	Tempo de Espera	Direito a Informação
I = II	0,001	0,003	0,03	0,056	0,003	0,163
I = III	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,495	0,038	0,058
I = IV	0,021	< 0,001	0,033	0,773	0,116	0,005
I = V	0,06	0,02	0,017	0,272	0,106	0,03
I = VI	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,003	0,019	0,001
II = III	0,428	< 0,001	0,037	0,002	0,107	0,363
II = IV	0,042	0,076	0,939	0,002	0,02	0,029
II = V	0,087	0,617	0,498	0,723	0,087	0,177
II = VI	0,727	0,009	0,054	0,1	0,205	0,003
III = IV	0,001	0,003	0,051	0,621	0,491	0,306
III = V	0,007	< 0,001	0,411	0,041	0,766	0,596
III = VI	0,503	0,039	0,791	< 0,001	0,712	0,054
IV = V	0,862	0,028	0,367	0,06	0,796	0,676
IV = VI	0,007	0,348	0,047	< 0,001	0,218	0,286
V = VI	0,028	0,005	0,516	0,088	0,452	0,227

Nota: P-valor referente ao teste Mann-Whitney

As dimensões da qualidade foram correlacionadas ao profissional que realizou atendimento ao usuário entrevistado (Tabela 23). Estes resultados demonstram que tanto os usuários do médico quanto os usuários do enfermeiro apresentam comportamento semelhante dentre as dimensões pesquisadas. Apenas na dimensão, desenvolvimento das atividades comunitárias, registra-se diferença significativa deste comportamento, apontando para uma maior satisfação dos usuários atendidos pelo enfermeiro, 52,9% de satisfação, embora, os níveis de satisfação apresentados para ambos os profissionais sejam baixos.

Tabela 23 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade, de acordo com o profissional que realizou atendimento, no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões	Satisfação				Total		Mann Whitney P-valor
	Profissional de Atendimento ao Usuário						
	Médico ^a		Enfermeiro ^b				
	N	%	N	%	N	%	
Acessibilidade	218	46,0	208	44,7	426	55,11	0,89
Dignidade e Cortesia	301	63,5	309	66,5	610	71,01	0,16
Conforto	255	53,8	260	55,9	515	63,04	0,39
Assistência Clínica ao Usuários	423	89,4	427	91,8	850	90,62	0,67
Tempo de Espera	157	33,1	152	32,7	309	32,91	0,37
Confidencialidade das Informações	428	90,5	431	92,7	859	91,58	0,49
Direito as Informações	431	91,5	436	93,8	867	92,63	0,19
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	226	47,8	246	52,9	472	54,38	0,03

Nota: P-valor referente ao teste Mann Whitney tendo como hipótese nula: a=b.

Ao correlacionar as dimensões da qualidade com as características dos usuários (Tabela 24), observa-se diferença significativa para as variáveis: faixa etária e nível de escolaridade. Para a faixa etária percebe-se que os idosos, usuários com 60 anos ou mais, apresentam níveis de satisfação maiores quando comparado aos demais usuários. Estatisticamente esta diferença de comportamento dos idosos, fica evidenciada nas dimensões: acessibilidade, 63,4% de satisfação; conforto, 66,2%; tempo de espera, 43,7%; e desenvolvimento de atividades comunitárias, 69% de satisfação.

Tabela 24 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade, por faixa etária dos usuários, no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões	Satisfação dos Usuários								Kruskal Wallis P-valor
	Faixa Etária								
	Até 19 anos ^a		20 a 39 anos ^b		40 a 59 anos ^c		60 anos e mais ^d		
	N	%	N	%	n	%	N	%	
Acessibilidade	30	42,9	207	41,6	134	49,1	45	63,4	0,0021
Dignidade e Cortesia	47	67,1	317	63,8	172	63,0	55	77,5	0,0857
Conforto	36	51,4	254	51,1	163	59,7	47	66,2	0,0037
Assistência Clínica ao Usuário	63	91,3	450	90,5	247	90,5	66	93,0	0,4265
Tempo de Espera	18	25,7	153	30,8	101	37,0	31	43,7	0,0060
Confidencialidade das Informações	63	91,3	455	91,5	250	91,6	66	93,0	0,4468
Direito as Informações	64	92,8	463	93,3	252	92,6	64	90,1	0,3003
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	31	44,3	241	48,5	140	51,3	49	69,0	0,0015

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: a=b=c=d.

Tabela 25 – Correlação da satisfação dos usuários do PSF do Recife em relação as dimensões da qualidade de acordo com as faixas etárias dos usuários, 2009.

Hipóteses	P-valor			
	Acessibilidade	Conforto	Tempo Espera	Desenvolvimento de Atividades Comunitárias
a = b	0,675	0,607	0,735	0,381
a = c	0,096	0,062	0,081	0,079
a = d	0,003	0,007	0,014	<0,001
b = c	0,033	0,018	0,015	0,164
b = d	0,001	0,003	0,006	0,001
c = d	0,046	0,178	0,198	0,008

Nota: P-valor referente ao teste Mann-Whitney

Na correlação entre as dimensões da qualidade e o nível de escolaridade dos usuários, de uma forma geral, observa-se que os usuários que tem o nível superior, seja completo ou incompleto apresentam níveis de satisfação mais baixos, exceto na dimensão tempo de espera que esta posição se inverte (Tabela 26). Apesar de este comportamento ser facilmente visualizado nos resultados, os testes estatísticos demonstram que apenas a dimensão confidencialidade das informações apresenta diferença significativa de comportamento entre os níveis de escolaridade. Nestes resultados é possível observar que os usuários com nível médio completo apresentam maior satisfação, 93,6%, seguido dos usuários sem escolaridade e com

ensino fundamental incompleto, 92,2% de satisfação, e os usuários com nível superior são os que apresentam menor satisfação, 75%.

Tabela 26 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade, por nível de escolaridade, no PSF do município do Recife, 2009.

Dimensões	Satisfação dos Usuários								Kruskal Wallis P-valor
	Nível de Escolaridade								
	Sem Escolaridade e Fundamental Incomp. ^a		Fundamental comp. e Médio Incomp. ^b		Médio comp. ^c		Superior Incomp. e comp. ^d		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acessibilidade	188	44,5	132	47,8	98	44,7	7	35,0	0,606
Dignidade e Cortesia	261	61,8	192	69,6	147	67,1	9	45,0	0,170
Conforto	242	57,3	145	52,5	120	54,8	7	35,0	0,162
Assistência Clínica ao Usuário	374	88,8	251	90,9	208	95,0	15	75,0	0,854
Tempo de Espera	138	32,7	89	32,2	70	32,0	11	55,0	0,545
Confidencialidade das Informações	388	92,2	249	90,2	205	93,6	15	75,0	0,039
Direito as Informações	380	90,5	259	93,8	211	96,8	15	75,0	0,334
Desenvolvimento de Atividades Comunitárias	206	48,9	141	51,1	115	52,5	8	40,0	0,865

Nota: P-valor referente ao teste Kruskal Wallis tendo como hipótese nula: a=b=c=d (P-valor significativo, referente ao teste Mann-Whitney, a=b 0,047, a=c 0,021).

Na última pergunta realizada aos usuários, foi abordado qual o nível de satisfação geral destes, com o atendimento recebido na USF. A Tabela 27 apresenta um alto nível de satisfação com o atendimento, 83,5%. Entre os Distritos Sanitários, os usuários do DS III foram os mais satisfeitos, 91,8%.

Tabela 27 - Avaliação geral da satisfação dos usuários com o atendimento por Distrito Sanitário no PSF do município do Recife, 2009.

Distrito	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média
	N	%	N	%		
I	11	18,3	49	81,7	60	8,2
II	31	19,6	127	80,4	158	8,1
III	11	8,2	123	91,8	134	8,5
IV	31	15,6	168	84,4	199	8,1
V	29	24,4	90	75,6	119	7,7
VI	41	15,5	224	84,5	265	8,1
Total	154	16,5	781	83,5	935	8,1

Discussão

6 DISCUSSÃO

O perfil predominante dos usuários das Unidades de Saúde da Família do Recife é de uma população adulta jovem, do sexo feminino, casada, com baixo nível de escolaridade, dona de casa e que moram no mesmo bairro em que a unidade está localizada.

O alto número de mulheres entrevistadas neste estudo, 91,1%, demonstra a importância da mulher como usuária das USF e como cuidadora da saúde de sua família. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (COTTA et al., 2005; JORGE et al., 2007; RONZANI; SILVA, 2008; SILVA; RIBEIRO; SILVEIRA, 2004; TEIXEIRA, 2004).

Estes resultados reforçam que a mulher é na família, a personagem principal no que se refere às questões relacionadas à saúde, pois é ela quem avalia as condições de saúde, tanto a sua, como a dos demais membros da família, e procura os profissionais necessários para resolução de cada caso, sendo maior a sua busca pelos serviços de saúde (QUEIROZ, 1993).

Trad et al. (2002) complementa referindo que a perspectiva das mulheres como avaliadoras de serviços de saúde, é caracterizada pelo conhecimento ímpar do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico.

Um fator que também contribui para essa situação é a fisiologia que hierarquiza o ciclo de vida da mulher (menarca, menstruação, gravidez, parto e puerpério) e os serviços de atenção primária ofertados, como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e saúde da criança (JORGE et al., 2007).

Outra característica observada neste estudo é o predomínio de usuários que moram no mesmo bairro em que a unidade está localizada, 98,3%. Revelando que um dos objetivos preconizados pelo programa saúde da família, adesão da clientela com enfoque na comunidade, está sendo resguardado.

O não alcance de 100% de usuários morando na área da unidade, pode ter sido influenciado pelo fato dos limites dos bairros e até mesmo dos municípios da região metropolitana do Recife, ser pouco nítidos, somado ao fato, da não realização de uma análise mais aprofundada da área de abrangência de cada USF estudada.

O alto percentual de usuários que moram próximo as USF, reforçam também, o caráter reestruturador deste serviço, demonstrando que as barreiras geográficas foram suprimidas, com o intuito de facilitar o acesso a atenção a saúde. A USF deve ser a primeira forma de contato do usuário com o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001, 2006a; GIOVANELLA et al., 2003; SANTOS, 2002;), e para que isto ocorra, o primeiro requisito é que a mesma seja acessível a população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais (GIOVANELLA; FLEURY 1996).

A avaliação do vínculo do usuário com a unidade de saúde demonstra que a maioria os usuários entrevistados já procuravam atendimento na unidade em que estavam sendo atendidos (95,6%) e que sempre que necessitavam de alguma assistência à saúde, buscavam esse mesmo serviço (82,6%). Aprofundando um pouco mais esta análise, observou-se que as pessoas, que vivem na mesma residência dos entrevistados, também eram usuários da USF (83,1%). Assim, mais uma vez, os resultados ressaltam a USF como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro.

Starfield (2002) afirma, que para funcionar como porta de entrada, a USF, além de ser acessível, deve constituir-se em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na busca coordenada pelo generalista, da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade.

Um fato que chama atenção na análise do vínculo dos usuários, quando observado o uso da unidade pelas pessoas que vivem na mesma residência dos entrevistados, diz respeito ao número significativo de homens que não utilizam a unidade (22,9%), principalmente quando na faixa etária de 20 a 59 anos. Conclui-se que este fato é decorrente do homem ter um maior vínculo com o trabalho, o que é reforçado pela visualização da faixa etária de 20 a 59 anos, faixa etária produtiva, época em que o homem se dedica ao trabalho, como principal provedor do lar.

O estado de saúde, auto-referido, dos usuários, revela níveis de saúde bom e regular, em 90,5% da amostra pesquisada. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada no Brasil, em 2003 e publicada por Swarcwald et al. (2005), que revelam que 91% dos usuários referem ter um nível de saúde muito bom, bom e moderado

O alto percentual de níveis de saúde bom e regular encontrados, sugerem uma demanda programada e diante destes resultados, pode-se ainda inferir que o motivo pela busca do atendimento não ocorre apenas a partir da doença instalada, mas sim, na lógica da promoção e prevenção em saúde.

Swarcwald et al. (2005) consideram a auto percepção da saúde como um bom marcador do estado de saúde da população. E esta afirmação reforça os achados deste estudo, pois diante da maioria dos entrevistados declararem bons níveis de saúde, observa-se que um alto percentual destes, 64,1%, relatou a não utilização de medicamentos contínuos e apenas 39,6% referiram ter alguma doença diagnosticada.

Para Paiva, Berusa e Escuder (2006), o PSF adotou como prioridade na atenção ao adulto, ações de promoção, prevenção e tratamento de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial, além de hanseníase e tuberculose. Dentre as doenças referidas pelos entrevistados a hipertensão é a mais citada, seguida da diabetes, no entanto os percentuais de tuberculose e hanseníase foram iguais ou menores que 1%, este fato pode ser justificado pelas diferentes proporções de incidência e prevalência das doenças citadas.

É importante citar que a dinâmica proposta pelo PSF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2000).

O acesso do usuário à unidade de saúde, foi analisado a partir de aspectos relacionados a marcação da consulta. A forma de agendamento de consulta mais freqüente utilizada foi a marcação na própria unidade de saúde, no entanto, um percentual relevante de usuários (22,9%), realizou a marcação através do ACS. Esta forma de agendamento, com o ACS, era a mais utilizada no Recife no ano de 2007, como demonstram os estudos de Bastos (2007) e Azevedo (2007).

Nos anos seguintes foi iniciado um trabalho da secretaria de saúde do município junto aos Distritos Sanitários com o intuito de não mais atribuir essa função ao ACS, pois segundo Bastos (2007), estas atitudes estavam gerando como consequência a procura pelo ACS simplesmente para que fossem marcadas as consultas rotineiras e não para que se realizasse o trabalho de conscientização e promoção da saúde.

O tipo de marcação de consulta encontrado neste estudo, em maior proporção foi o agendamento prévio em detrimento ao encaixe. Fato este esperado diante do tipo de atenção preconizado no PSF, demanda programada. Entretanto a Política de Atenção Básica traz também como uma das atribuições das equipes de saúde da família, o atendimento a demanda espontânea, como mais um meio de garantia do princípio da integralidade das ações (BRASIL, 2006a).

Para os usuários que realizaram agendamentos, o período para realização da consulta variou de 2 dias a 4 meses. Essa grande variação do tempo pode ser atribuída aos diferentes tipos de atendimento: consultas gerais ou acompanhamento específico (hipertensão, diabetes, pré-natal), ficando para os grupos, a realização dos atendimentos mais esparsos e regulares, com o intuito de acompanhamento periódico aos usuários.

Starfield (2002) expõe a questão do tempo entre o agendamento da consulta e a sua realização na atenção básica, em 90% dos casos, da seguinte maneira: a maioria das urgências devem ser atendidas dentro de uma hora; os quadros agudos devem demorar um dia para conseguir consulta; e a rotina, os seguimentos, têm de ser agendados para uma semana.

O tempo de espera encontrado para a realização da consulta após o agendamento girou em torno de 2 a 7 dias para a maioria dos usuários entrevistados. Analisando esses resultados, em conjunto com a categorização dos tempos proposta por Starfield, conclui-se um bom desempenho das USF do Recife, demonstrando certa agilidade nos agendamentos. No entanto ainda chama a atenção o percentual de consultas agendadas para um período superior a 30 dias (21,7%), que pode estar associado, como citado anteriormente, ao atendimento de grupos específicos de hipertensos e diabéticos, por exemplo, que não apresentam necessidade de acompanhamento mensal.

Na avaliação da qualidade do atendimento das USF, da mesma forma como encontrado por Traverso-Yepetz e Moraes (2004) e Cotta et al. (2005), ficou evidenciado que o trabalho dos profissionais é o componente melhor avaliado pelos usuários. No estudo realizado por Jorge et al. (2007), chega-se a conclusão que os aspectos do processo, que envolvem o fator humanitário da relação médico-paciente, como: o poder de esclarecimento do profissional, acolhimento, confiança e respeito são os determinantes da qualidade do PSF, ao qual são atribuídos maior ênfase.

A alta insatisfação com a estrutura esteve presente na maioria dos Distritos Sanitários, com exceção do DS I, demonstrando que as condições oferecidas para o atendimento aos usuários nas USF, ainda deixa a desejar.

Este fato, também é reforçado pelo Ministério da Saúde, que refere que a ESF, apesar de demonstrar melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica dos diferentes municípios nos quais foi implantada, constata-se um número significativo de unidades com estrutura física inadequada, não raro, improvisada. E visando a melhoria destas condições, foi lançado em 2006, sendo reeditado em 2008, o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família, como um instrumento orientador aos profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos de reforma, ampliação, construção ou até mesmo na escolha de estabelecimentos para instalação das USF. Propondo que a estrutura física da UBS seja facilitadora da mudança das práticas em saúde das ESF (BRASIL, 2008).

A satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais, de acordo com o profissional que realizou o atendimento, médico ou enfermeiro, trouxe um elemento significativo para discussão, que é a atuação do enfermeiro na USF. Neste estudo foi observada uma maior satisfação com o trabalho dos profissionais, pelos usuários que foram atendidos pelo enfermeiro. É importante ressaltar que essa diferença de satisfação é pequena, mas significativa estatisticamente.

Jorge et al. (2007), também referem altos níveis de satisfação dos usuários com o atendimento do enfermeiro, chegando a um percentual de 98,7% de satisfação. Estes autores revelam ainda, que o enfermeiro do PSF foi considerado por 41% dos usuários como realizando um melhor atendimento que os enfermeiros de outros tipos de estabelecimentos de saúde (hospitais e unidades tradicionais).

O PSF proporciona ao enfermeiro um papel maior, de destaque, entre os demais profissionais de saúde que nele atuam. Suas atividades englobam tanto a questão assistencial quanto a gerencial. Segundo Nascimento e Nascimento (2005) a prática do enfermeiro no PSF vem se conformando em atividades direcionadas ao controle do processo de trabalho e a assistência propriamente dita. E a atuação deste profissional, amplia o atendimento na rede básica de saúde, por meio da oferta de ações programáticas e adaptadas às demandas sociais de modo a ser coerente com as noções de território e os problemas de saúde no modelo centrado no usuário e sua família.

Dentre as variáveis correlacionadas com a avaliação de estrutura e processo, a única que apresentou significância estatística tanto para as condições oferecidas como para o trabalho dos profissionais, foi a faixa etária. No entanto, foi observado que o nível de escolaridade também exerce alguma influência na avaliação das condições oferecidas, sendo observado que com o aumento do nível de escolaridade, ocorre também o aumento da insatisfação, corroborando com o estudo realizado por Mendes (2009) nas grandes emergências de Pernambuco.

Os adultos jovens apresentam uma alta insatisfação com as condições oferecidas, e somados aos jovens, que foram os mais insatisfeitos, chegam a mais de 60% da amostra de usuários entrevistados, determinando, devido a esta criticidade, um maior nível de insatisfação na avaliação. Para o trabalho dos profissionais os adultos jovens foram os mais insatisfeitos. Os dados destas duas dimensões se assemelham ao encontrado por Silva, Ribeiro e Silveira (2004), que referem que os usuários com até 25 anos, têm probabilidade maior de estarem insatisfeitos com o PSF.

Dentre as dimensões da qualidade, foi observado que três delas apresentaram percentual de satisfação maior que 90%, assistência clínica, confidencialidade e direito a informações. Destaca-se ainda que o tempo de espera foi a dimensão com o maior percentual de insatisfação, aproximadamente 70%.

Estes dados, destacam semelhança aos resultados encontrados por Swarcwald et al. (2005), na Pesquisa Mundial de Saúde, no Brasil. Para estes autores, os aspectos relacionados à avaliação do atendimento ambulatorial, revelaram que o "tempo de espera até ser atendido" teve o menor grau de satisfação por parte dos usuários, dentre todos os aspectos analisados. Já os aspectos que dizem respeito à intimidade, ao sigilo das informações pessoais e as habilidades dos profissionais de saúde, obtiveram percentuais de satisfação elevados.

É importante destacar ainda, o elevado nível de insatisfação das dimensões, acessibilidade e desenvolvimento de atividades comunitárias. Estas dimensões estão intimamente relacionadas ao alcance dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família, pois elas podem ser classificadas como princípios gerais da Atenção Básica (BRASIL, 2006a)

A acessibilidade engloba todos os fatores referentes ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, fazendo referência ao cumprimento do princípio básico da Atenção Básica, o de se tornar porta de entrada preferencial do

usuário no sistema de saúde. E diante da alta insatisfação encontrada entre os usuários, percebe-se que este princípio não está sendo devidamente resguardado pelas USF do município do Recife, principalmente no DS III, que apresentou nesta dimensão um percentual de insatisfação em torno de 70%.

Para o desenvolvimento das atividades comunitárias, também surge uma preocupação ao analisar os resultados. Inicialmente, chama atenção, por se tratar de uma dimensão que avalia as atividades dos ACS, profissionais que apresentam altos níveis de satisfação quando avaliados pelos usuários, em outras pesquisas (COTTA et al., 2005; RONZANI; SILVA, 2008). E também por estes profissionais serem considerados, segundo Silva, Ribeiro e Silveira (2004) o elo entre a comunidade e o PSF, onde suas ações são de suma importância para o sucesso do programa.

Além das questões que tratam das atividades do ACS, a dimensão da qualidade, desenvolvimento de atividades comunitárias, aborda outras ações específicas do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, como: realização de palestras na comunidade pelos profissionais da equipe, conhecimento e possibilidade de participar de grupos de educação em saúde e a visita domiciliar do médico, atividades estas, todas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), que desta forma, por apresentar baixos níveis de satisfação, leva-se a conclusão de que as USF do Recife, apresentam dificuldades na implementação das estratégias mínimas preconizadas para o PSF.

Na análise das perguntas contidas no questionário, afora aquelas que envolvem a relação médico-paciente e o cuidado oferecido por esses profissionais, outras, também contribuem de forma efetiva para uma maior satisfação dos usuários.

A duração da consulta apresenta um alto percentual de satisfação, corroborando com o estudo realizado por Cotta et al. (2005). Estes autores revelam ainda, a existência de uma associação entre a duração da consulta com os elevados graus de satisfação.

A dimensão geográfica do acesso, condição fundamental para a efetiva utilização dos serviços de saúde pela população, foi avaliada a partir da opinião dos usuários quanto a distância da sua casa para a unidade de saúde. Esta característica demonstrou resultados bastante positivos, com nível de satisfação em torno de 80%, corroborando com os resultados discutidos anteriormente, quanto ao usuário morar no mesmo bairro que o da unidade de saúde.

Alguns autores (SILVA et al., 1995; STARFIELD, 2002; UNGLERT et al., 1987) tem discutido a proximidade dos serviços de saúde com o local de moradia dos usuários como importante referência para o acesso. O Ministério da Saúde, através da Política da Atenção Básica (BRASIL, 2006a), suscita a expansão deste nível de atenção, a partir do PSF, situando-o como porta de entrada e partindo do pressuposto que este serviço deve ser mais próximo da população e de mais fácil acesso.

A opinião dos usuários quanto ao atendimento recebido no PSF ter resolvido o problema de saúde, foi expressiva, demonstrando satisfação entre os entrevistados, estando de acordo com Cotta et al. (2005). Estes resultados se diferenciam um pouco dos achados por Gomes e Torres (2003), que revela que os usuários do PSF de Natal - Rio Grande do Norte referem em sua maioria, 44,6% obter resolução dos problemas, enquanto que e 39,2% dos entrevistados dizem nunca ou raramente obterem resolução.

A possibilidade de participar de atividades educativas no momento da espera da consulta, de fazer reclamações sobre a unidade e ser ouvido, o tempo de espera para receber o resultado dos exames solicitados, o conforto e a quantidade de cadeiras, o conhecimento e a possibilidade de participar de grupos de educação em saúde e a visita domiciliar do médico, na presença de pessoas acamada ou com dificuldade de locomoção, foram as questões que contribuíram pra uma maior insatisfação dos usuários.

Chamam atenção as questões que se referem às atividades de prevenção e promoção à saúde no PSF. A possibilidade de participação em atividades educativas no momento da espera da consulta apresentou o maior percentual de insatisfação dentre todas as questões abordadas. Corroborando com o estudo realizado por Jorge et al. (2007), que fez alusão ao convite a participar de sessões educativas, considerando este um componente do “cardápio” de serviços a serem oferecidos pelo PSF. Esta variável foi considerada insatisfatória, por estes autores, visto que a maioria dos usuários não recebeu tal convite.

O conhecimento e a possibilidade de participar dos grupos de educação em saúde, realizados pela unidade também apresentou um alto grau de insatisfação, de forma semelhante ao observado por outros autores (SILVA; RIBEIRO; SILVEIRA, 2004; TEIXEIRA, 2004).

Analisando a questão que se refere ao tempo de espera para receber o resultado dos exames, em conjunto com as outras questões que abordam os serviços de referência (facilidade para agendar uma consulta especializada e em realizar os exames solicitados), observa-se que dentre elas existe um alto grau de insatisfação dos usuários. Destaca-se que o acesso aos serviços de referência da USF, são queixas frequentes entre os usuários em todo o país. Os estudos realizados por Shimizu e Rosales (2008), Souza et al. (2008) e Teixeira (2004), também referiram tal dificuldade, no entanto, Silva, Ribeiro e Silveira (2004), analisaram a satisfação dos usuários do PSF no município de Juiz de Fora em Minas Gerais, onde observou uma avaliação positiva, quanto ao encaminhamento às unidades especializadas a partir da ESF.

A questão que aborda a visita domiciliar do profissional médico, quando na presença de pessoas acamadas ou com grandes dificuldades de locomoção, também apresentou significativo percentual de insatisfação, no entanto chama atenção o pequeno número de usuários que responderam, apenas 5% dos entrevistados. Desta forma, questiona-se o porquê, da presença de níveis elevados de insatisfação, diante de um número pequeno de usuários que realmente necessitam de algum acompanhamento médico domiciliar, ou seja, poucas visitas determinariam um alto grau de satisfação dos usuários.

A política nacional delineada para o PSF determina que as visitas de uma forma geral são atribuição do ACS, cabendo aos demais profissionais da equipe, a sua realização em situações específicas, quando necessário ou indicado (Brasil, 2006a). O estudo realizado por Mandú et al. (2008), constatou o entendimento dos usuários quanto a este papel do profissional médico, observando que, os usuários consideram a visita domiciliar do médico, como um meio de evitar que aquele indivíduo que tem uma dada necessidade precise se deslocar até a USF para ser atendido.

Assim, diante das análises anteriores, que apresentam um alto nível de satisfação com o cuidado e acompanhamento médico, do entendimento dos usuários, segundo Mandú et al. (2008), quanto a necessidade de realização da visita domiciliar pelo médico, somados a insatisfação quanto a este aspecto, apresentada neste estudo, surge a hipótese de que as visitas domiciliares pelo médico, não tem sido priorizadas pelas USF no município do Recife.

As características individuais dos usuários que apresentam diferenças na avaliação das dimensões da qualidade foram a faixa etária e o nível de escolaridade. Os idosos apresentam níveis de satisfação elevados na maioria das dimensões estudadas, este comportamento é justificado pelos idosos necessitarem de um acompanhamento e atenção diferenciados, o que leva a um atendimento mais rápido e mais eficiente na maioria das vezes, como também pela saúde do idoso ser considerada uma política prioritária no país, com maior enfoque na Atenção Básica, se tornando um dos eixos de trabalho do PSF, ou ainda pelos idosos apresentarem características mais benevolentes no processo de avaliação, corroborando desta forma com Mendes (2009).

Para a correlação das dimensões com o nível de escolaridade, foi observada diferença significativa apenas para a dimensão, confidencialidade das informações, que apresentou maior insatisfação para os usuários que possuem nível superior, sendo esta categoria, a categoria mais crítica. Cotta et al. (2005) relata que usuários com menor grau de escolaridade tendem a emitir menos juízo de valor e ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhes são prestados.

Os Distritos Sanitários apresentam aspectos relevantes na sua avaliação, segundo os enfoques deste estudo. Destacam-se as avaliações realizadas pelos usuários do DS I, que se apresentaram mais satisfeitos que os demais distritos, na avaliação das condições oferecidas pelas unidades e nas dimensões: acessibilidade, dignidade e cortesia, conforto, assistência clínica, tempo de espera e direito a informações. Para as condições oferecidas pela unidade, e as três primeiras dimensões citadas, as diferenças de avaliação deste distrito quando comparado aos demais, são comprovadas estatisticamente. Diante deste fato, surge o questionamento quanto ao motivo do comportamento diferenciado dos usuários do DS I.

Ressalta-se também, a avaliação diferenciada e com relevância estatística realizada pelos usuários do DS II na dimensão de desenvolvimento de atividades comunitárias. Este foi o único distrito que apresentou percentual de satisfação maior que 60% nesta dimensão, o que possibilita inferir que neste distrito ocorreu um maior avanço na implementação da Estratégia de Saúde da Família em relação aos demais.

Ao final da entrevista, os usuários foram questionados quanto a satisfação geral do atendimento recebido. E visualizando estes resultados percebe-se uma alta

satisfação, fato, que se diferencia das demais análises realizadas, que apresentaram em algumas variáveis, altos níveis de insatisfação dos usuários.

Este tipo de comportamento é citado por Carr-Hill (1992), que ainda refere que na maioria das vezes, as perguntas diretas, que produzem níveis de satisfação gerais são criticadas por enfocarem apenas uma dimensão da satisfação.

Estes índices de satisfação global trazem consigo o fenômeno da alta satisfação, que também é referida por Esperidião e Trad (2005), Jorge et al. (2007) e Teixeira (2004).

Assim, para a avaliação de satisfação dos usuários, deve-se levar em consideração as diferentes técnicas e métodos, com o intuito de captar cada percepção, cada sentimento, evitando os vieses que levam a alta satisfação. Este estudo buscou avaliar as USF, enfocando cada momento do atendimento e as variáveis que o compõem, captando deste modo a criticidade dos usuários.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos propostos para este estudo, buscou-se através de todo o caminho metodológico percorrido, traçar o perfil dos usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família do município do Recife, bem como, analisar os fatores que influenciam o seu acesso a estas unidades, além de analisar a sua satisfação com o atendimento recebido, de acordo com a avaliação de estrutura e processo e as dimensões da qualidade propostas.

A partir de uma perspectiva quantitativa, com base em entrevistas com os usuários, foi possível observar:

Os usuários das Unidades de Saúde da Família do Recife são caracterizados como uma população adulta jovem, do sexo feminino, casada, com baixo nível de escolaridade, dona de casa e que moram no mesmo bairro em que a unidade está localizada.

No que concerne ao vínculo dos usuários com a unidade, observou-se que a USF é tida como referência para o atendimento, e a busca de assistência a partir da doença instalada, não é mais um fator preponderante.

Foi identificado que o acesso às USF do Recife é decorrente de um bom planejamento do território de cobertura, da organização da demanda e da agilidade nos atendimentos.

A avaliação de estrutura e processo revelou que os usuários, apresentam maiores níveis de satisfação com o trabalho dos profissionais, em detrimento a estrutura das unidades. Esta avaliação acrescentou, ainda, o destaque do papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

Dentre as várias análises da opinião dos usuários referente às dimensões da qualidade, esta pesquisa, põe em evidência, devido aos seus elevados níveis de insatisfação, ações específicas da Estratégia de Saúde da Família, como: a atuação do ACS, através da frequência de realização de visita domiciliar, da realização de orientações de uso dos serviços de saúde e do acompanhamento do estado de saúde das famílias; a visita domiciliar do médico; e a possibilidade do usuário participar de grupos de educação em saúde. Esta situação, revela insuficiente implementação da política de saúde da família no Recife, trazendo à reflexão, qual

realmente é o papel desempenhado pelas equipes de saúde da família neste município.

Os usuários do Distrito Sanitário I apresentaram comportamento diferenciado dos demais distritos, através da realização de uma avaliação mais positiva. Tal conduta provoca questionamentos quanto aos fatores que a influenciam, não sendo possível neste estudo levantar inferências.

Diante dos resultados encontrados, pode-se concluir que apesar de se verificar nas USF do Recife, um movimento dos usuários na busca pela assistência como medida preventiva, de uma solidificação dos vínculos do usuário com a unidade e da existência de uma positiva inter-relação destes com os profissionais, observa-se a presença de um desvirtuamento dos preceitos da Estratégia de Saúde da Família. Pois, no momento em que grande parte dos usuários demonstram-se insatisfeitos com o desenvolvimento de atividades que são essenciais para a garantia desta estratégia, julga-se a pertinência da sua realização.

Perante a análise realizada, e em busca de uma maior efetivação do PSF, se faz necessário, lançar um olhar diferenciado no desenvolvimento de atividades comunitárias (visitas, palestras, etc.), envolvendo toda ESF, além de um maior acompanhamento e apoio ao ACS, elo fundamental entre a unidade e os usuários. Outro fator que exige especial atenção dos gestores, diz respeito a estrutura das unidades, que apresentam necessidade de adequação para um melhor acolhimento aos usuários.

A avaliação realizada neste estudo permitiu quantificar a influência dos fatores relacionados ao atendimento nas USF, na satisfação dos usuários, e este fato só foi possível, devido a utilização de uma metodologia que fosse capaz de captar de forma fiel aquilo que o usuário queria expressar.

Para tanto, a utilização de um instrumento que integre os principais aspectos relacionados ao atendimento nas unidades de saúde, com preceitos da política de Atenção Básica, e que tenha fácil aplicação e seja de fácil entendimento, tornou-se fator indutor do alcance dos objetivos propostos. Ressalta-se, que o instrumento aqui apresentado pode ser utilizado na avaliação da satisfação do usuário do PSF em outras localidades, pois em nenhum momento de sua elaboração, ele foi delimitado às características específicas dos serviços de saúde do município do Recife, sendo o seu primordial objetivo captar informações referentes ao conjunto de serviços oferecido no atendimento aos usuários no PSF.

Apesar de este estudo apresentar resultados significativos na avaliação do PSF, observa-se a necessidade de realização de outras pesquisas, que busquem o aprofundamento, de forma qualitativa, da opinião dos usuários. Como também, devido à importância da Estratégia de Saúde da Família na reorientação do modelo de atenção à saúde no país é necessário que outros tipos de avaliação venham complementar a avaliação de satisfação do usuário, buscando desvendar os grandes impasses e avanços deste esforço conjunto, dos gestores, profissionais e até mesmo dos usuários, na conquista do direito à saúde.

A circulação pelos caminhos da satisfação e insatisfação demonstra que, sem dúvida, ainda se precisa avançar na prática de avaliação no cotidiano da gestão em saúde, visando instituir mudanças na perspectiva dos princípios norteadores da Atenção Básica e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tomando o usuário como o objeto central do processo de trabalho. E esta avaliação torna-se importante por dar voz àquele que faz parte de todo o processo e que é a peça fundamental na assistência à saúde, o usuário.

Referências

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS M. A. Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde. **Saúde em Debate**, Paraná, n. 33, p. 50-53, 1991.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de Qualidade do Governo Federal. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n.12, p. 21-28, jul./set. 2001.

AQUINO, R. Impacto of the Family Health Program of Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1-20, jul./dez. 2007.

ATKINSON, S. J. Anthropology in Research on the Quality of Health Services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 283-299, jul./set. 1993.

ATRIA, M. L. et. al. Satisfacción de expectativas y necesidades de pacientes. **Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad**, Santiago, p. 46-54, jun. 2000.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 25 p. 64-71, 1991.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso a atenção a saúde no SUS: o PSF como (estreita) Porta de Entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado e Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BALTUSSEN, R. et. al. Perceived quality of care of primary care services in Burkina Faso. **Health Policy and Planning**. London, v.17, n. 1, p. 42-48, 2002.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal Quality Health Care**. Dublin, v. 13, n. 4, p. 317-323, 2001.

BASTOS, P. F. Saúde Pública e Meio Ambiente: o programa de saúde da família como estratégia para a reorientação do modelo de atenção à saúde. **Revista de Geografia – UFPE**, Recife, v. 24, n. 2, p. 24-35, maio/ago. 2007.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401- 412, 2002.

BONASSA, E. C.; CAMPOS, C. V. A. **Saúde mais perto**: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Monitoramento da Implantação do PSF em Grandes Centros Urbanos**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS**: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos**. Síntese dos Principais Resultados. 2. ed Brasília, DF, 2005a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento Técnico. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil - Uma análise de indicadores selecionados, 1998 - 2004**. Brasília, DF, 2006b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Resultados da Estratégia de Saúde da Família**. Nota Técnica. Brasília, DF, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARR-HILL, R. A. The measurement of patient satisfaction. **Journal Public Health Medicine**, Oxford, v. 14, n. 3, p. 236-249, 1992.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 104-121, 1996.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 59-70, 1996.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, DF, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em Saúde dos modelos conceituais a**

prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2.

CORDONI JÚNIOR, L. Uma agenda para a análise do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 417- 418, 2002.

COTTA, R. M. M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, p. 227-234, out./dez. 2005.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 705-726, 2008.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.** Ann Harbor: Michigan H. A., 1980.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención medica. **Salud Publica de México**, México, v. 28, n. 3, p. 324-327, maio/jun. 1986.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 26 ,n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in health care: consumers role. **Quality in Health Care**, Oxford, v. 1, p. 1-5, 1992.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** New York: Oxford University, 2003.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington DC, v. 21, n. 2, p. 164 - 176, 2007.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 303-312, 2005.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, jun. 2006.

FACCHINI, L. A., et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.669-681. 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 553-563, 2006.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto-Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): Relatório final**. Rio de Janeiro, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In EIBENSHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica - Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores do HIV-Aids no Rio de Janeiro, segundo a visão dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 789-797, 1999.

GOMES, A. C. C. N.; TORRES, G. de V. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do Distrito Oeste de Natal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 495-503, out./dez. 2003.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. 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, abr. 2008.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA (BAHIA). **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 256-206, jul./dez. 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 19, p. 55-83, jan./abr. 1996.

KOTAKA, F. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, 1997.

LANNY FILHO, F.; TONIAL, S. R. Avaliação e qualidade na área de saúde: definindo conceitos. In: ALVES, M. T. S.; SILVA, A. A. M. **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência a mulher e ao seu recém nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luiz: UFMA, 2000.

LEAL, M. C. et al. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 550, jul./set., 2006.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Services Research**, Chicago, n. 38, p. 831-865, 2003.

MACINKO, J. et al. An evaluation of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal Epidemiology Community Health**, v. 60. p. 13-19, 2006.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 19, p.7-24, jan./abr. 1996.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MENDES, V. L. P. S. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: a questão de cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Salvador, v. 18 n. 12 p. 97-110, 2003.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência**: uma abordagem por triangulação de métodos. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MENDONZA, J.; PIECHULEK, H.; AL-SABIR, A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. **Bull WHO**, Genebra, v. 79, n. 6, p. 512-517, 2001.

MEZOMO, J. C. Qualidade na relação hospital-paciente. **Hospital Administração e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 17-21, 1993.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NASCIMENTO M. S.; NASCIMENTO M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 333-345, 2005.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 147-173, 2004.

NUNES, E. D. Resenha - Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Maria Lúcia Magalhães Bosi & Francisco Javier Mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 498-501, 2005.

OLIVEIRA T. M. V. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Revista de Administração on line**: FECAP, São Paulo, v. 2 n. 2, abr./jun., 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/adol/artigo.htm>. Acesso em: fev. 2006.

PAIVA, D. C. P.; BERUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão no Programa de Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PEIXOTO, M. P. B. Perspectivas do Controle e Avaliação no Processo de Construção do SUS. In: BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. cap.13.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, M. G. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. **Brasília Médica**, Brasília, v. 36, n. 1/2, p. 17-20, 1999.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, vol. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em: 5 mar. 2010.

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 279-282, 1993.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2005.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Recife, 2010.

REIS, E. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

RIBEIRO, L. C. C. et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento

para o planejamento de ações na estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.13, n. 3, p. 448-452, jul./set. 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 69-78, 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA, N. Desenhos de pesquisas em epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 6, p. 149-169.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In SCHRAIBER, L. B. **Programas em Saúde Hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SANTOS, N. R. Um novo pacto para o SUS. In: **Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família – Relatório Final**. Brasília, 2002.

SECLÉN-PALACIN, J.; DARRAS, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Peru, 2000. **Anales de la Facultad de Medicina**, Lima, v. 66, n. 2, p. 127-140, 2005

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, II, 2006, Brasília, DF. Relatório das Atividades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SHIMIZU, H. E; ROSALES, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, set./out. 2008.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**: para as ciências do comportamento. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1975.

SILVA, L. M. V. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, 1995.

SILVA, J. A.; RIBEIRO, L. C.; SILVEIRA, M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família no Bairro Furtado Menezes - Juiz de Fora/MG. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais- ABEP**, XIV., Caxambú, 2004.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1.

SILVER, L. F. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde**: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992.

SOUSA M. F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 21, p. 7-14, 2000.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa de Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUZA, E. C. F et al. Acesso e acolhimento na AB: uma análise da percepção do usuário e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 sup. 1, p. 100-110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

SWARCWALD C. L et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, sup. 1, p. 1-22, dez. 2005.

SWARCWALD C. L.; MENDONÇA, M. H. M. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p.643-655, 2006.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, S. A. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. In: **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2004.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 80-88, 2004.

TRIVINOS, A. N. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21 n. 5, p. 439- 446, 1987.

IVAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VALDÉS-SALGADO, R.; MOLINA-LEZA, J.; SOLIS-TORRES, C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. **Revista Salud Pública de México**, México, v. 43, p. 444-54, 2001.

VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 20-28, 2000.

VIANA, A. N. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família,. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, sup., p. 225- 264, 2005.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 3, p.17-25, 1991.

WEILENMANN, A. **Evaluation research and social change**. Ghent: UNESCO, 1980.

WEISS, G. L Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. **Medical Care**, v. 26, p. 383-392, 1988.

YÉPEZ, M. T.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 80-88, 2004.

ZANINI, R. R. et al. Tendência da Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 5 p. 1035-1045, 2009.

Apêndices

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NAS USF DO RECIFE NA VISÃO DOS USUÁRIOS	
UNIDADE DE SAÚDE:	DISTRITO SANITÁRIO:
BAIRRO:	CÓDIGO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
PESQUISADOR:	CÓDIGO DO USUÁRIO:
DATA:	HORA:

INSTRUÇÕES

Prezado Sr. ou Sra, estamos aplicando um questionário de uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ. A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de atenção básica do Recife.

Ela busca identificar os problemas existentes no atendimento da atenção básica e, principalmente, avaliar o atendimento dos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e demais trabalhadores que lhe atenderam.

Solicitamos, e desde já agradecemos, a sua participação.

Número do questionário: _____

Data de digitação: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Quem está respondendo o questionário?

() Paciente no momento () Acompanhante no momento

Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil:

() Casado () Viúvo () União Estável
() Solteiro () Separado

Raça/cor

() Parda/Morena () Negra () Outra
() Branca () Amarela

Em que bairro você mora? _____

Qual seu grau de instrução?

() Sem escolaridade
() Ensino fundamental completo () incompleto()
() Ensino médio completo () incompleto()
() Ensino superior completo () incompleto()

Qual a sua principal ocupação?

() Estatutário () Aposentado () Conta própria
() Militar () Dona de Casa () Desempregado
() Empregador () Estudante
() CLT () Empregado sem vínculo

Descrição da sua Família

Posição Familiar	Sexo		Idade	Usa a unidade de saúde?	
	F	M		Sim	Não
	F	M		Sim	Não
	F	M		Sim	Não
	F	M		Sim	Não
	F	M		Sim	Não
	F	M		Sim	Não
	F	M		Sim	Não

É a primeira vez que você está sendo atendido nesta unidade de saúde?

() Sim () Não

Sempre que você tem um problema de saúde você procura esta unidade?

() Sim () Não

Como você considera o seu nível de saúde atual?

() Bom () Regular () Ruim

Qual foi a queixa ou problema de saúde que fez você vir para a unidade de saúde?

Você toma algum medicamento de forma regular (contínua)? () Sim () Não



APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Usuário(a) do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é Avaliar a qualidade do atendimento nas unidades de saúde tradicionais e no Programa de Saúde da Família na cidade do Recife, na perspectiva dos atores envolvidos, usuários, profissionais e gestores, financiada pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com aprovação da Secretaria municipal de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido nas unidades básicas de saúde.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o andamento do seu tratamento;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, a forma de contato com o Coordenador da Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Recife, ____ de _____ de 2009.

Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Responsável pela Pesquisa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, / /2009.

Assinatura do Entrevistado