

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

(Modalidade à Distância)

Giana Garcia Dalbem

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA PELOS USUÁRIOS NO
MUNICÍPIO DE TAPES/RS**

Porto Alegre

2012

Giana Garcia Dalbem

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA PELOS USUÁRIOS NO
MUNICÍPIO DE TAPES/RS, 2012**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul para
obtenção do título de Especialista em Gestão em
Saúde.

Orientador: Ronaldo Bordin

Co-orientadora: Cheila Denise Ottonelli Stopiglia

Porto Alegre

2012

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever a avaliação dos usuários quanto à qualidade dos serviços prestados por três unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Tapes/RS. Trata-se de pesquisa quantitativa realizada com 180 usuários no mês de janeiro de 2012, que responderam a uma adaptação do “Questionário Sobre Sistema de Atenção Básica no Brasil” (Almeida e Macinko, 2006). Foram abordadas as seguintes variáveis: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação e formação profissional. Os resultados demonstraram facilidade no acesso aos serviços de atenção básica; na porta de entrada, 91% dos usuários consultam nas unidades antes de chegar a um especialista; em relação ao vínculo, 87,8% dos usuários são examinados pelo mesmo profissional; e, é oferecido o elenco de serviços relacionados na atenção básica pelo Ministério da Saúde. Na coordenação dos serviços, apenas 35% trazem consigo para a consulta os resultados dos exames; em relação aos profissionais vinculados às unidades de saúde estudadas, a existência de um bom relacionamento entre os profissionais e a comunidade foi referida de forma unânime e 84,4% recomendam as unidades para seus amigos. Em síntese, as unidades de Estratégias de Saúde da Família estudadas atendem aos princípios preconizados para a atenção básica de saúde.

Palavras-Chave: Administração e Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the patients' evaluation of the quality of services provided by three units of the Family Health Strategy for the city of Tapes/RS. It is a quantitative research conducted with 180 users in January 2012, answering an adaptation of the "Primary Care System in Brazil Questionnaire" (Almeida and Macinko, 2006). We addressed the following variables: access, port of entry, linkages, services, coordination and training. The results shown ease of access to primary care services; on the port of entry, 91% of users consult the units before coming to a specialist; on the linkage, 87.8% of users are examined by the same professional; and, it is offered the list of related services in primary care by the Ministry of Health. On the coordination of services, only 35% bring along the results of the tests when coming for a consult; on the professionals attached to the health units studied, the existence of a good relationship between professionals and the community was so unanimous and that 84.4% recommend the units to their friends. In summary, the Family Health Strategy units studied meet the principles advocated for primary health care.

Keywords: Health Planning and Management; Primary Health Care; Health Management; Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de localização do Município de Tapes e cidades limítrofes.	10
Figura 2 - Percepção dos usuários quanto a seu próprio estado de saúde (=180).	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual referido de agravos à saúde pelos usuários (n=180).	24
Tabela 2 - Questões relacionadas ao acesso às unidades da Estratégia de Saúde da Família no município de Tapes/RS.	25
Tabela 3 - Questões relacionadas à porta de entrada (n=180).....	26
Tabela 4 - Questões relacionadas ao vínculo (n=180).	27
Tabela 5 - Questões relacionadas com a coordenação dos serviços, Tapes/2012 (n=180).....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	7
1.2 JUSTIFICATIVA.....	8
1.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TAPES	9
1.3.1 Histórico de Tapes.....	9
1.3.2 Localização e Demografia	9
1.3.3 Dados Institucionais	11
1.3.4 Aspectos Econômicos.....	11
1.3.5 Serviço de Saúde Local	12
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
APÊNDICE B - Questionário sobre Sistema de Atenção Básica no Brasil.....	35
ANEXO A - Autorização para a Realização da Pesquisa	38
ANEXO B - Encaminhamento para a Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O Programa Saúde da Família destaca-se entre os demais por romper os paradigmas instituídos à atenção básica e criar uma nova forma de pensar e agir no modelo assistencial. A atenção focada no indivíduo integrado à família e à comunidade busca alcançar a integralidade do cuidado, garantindo sua participação social. As práticas a serem desenvolvidas visam à capacidade de modificar uma dada situação de saúde, atendendo ou não as necessidades de saúde de determinada população, referindo-se à discussão sobre suas características e seus efeitos. Sob essa perspectiva que a temática da avaliação em saúde ganha relevância (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários e diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem os indicadores de morbimortalidade, a avaliação pode ocorrer através de julgamentos subjetivos até pesquisas avaliativas. Pode utilizar-se de métodos e técnicas detentoras de maior objetividade, abrangendo dimensões enquanto cuidado individual ou nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. O desafio da avaliação em saúde torna-se cada vez mais premente, acompanhando continuamente as ações priorizadas e verificando o alcance de seus objetivos através da identificação das mudanças desejadas.

Para a obtenção desses resultados com êxito, as organizações precisam, além de qualificar seus profissionais com cursos e treinamentos, de um planejamento, especificando-se todas as normas e procedimentos estabelecidos, bem como as metas a serem cumpridas (GIL, 1995).

A avaliação da qualidade e garantia dos serviços de saúde prestados feita pelos usuários, baseia-se no atendimento ao qual são submetidos. Visto que seu objetivo é dar suporte aos processos decisórios do gestor público, identificando os problemas, para reorientar serviços e ações já aplicados, bem como mensurar o impacto das ações implementadas pelos programas instituídos, as organizações de saúde, buscam suprir as demandas existentes prestando serviços embasados em um conjunto de avaliações que envolvem a eficiência, a eficácia e a efetividade (GADOTTI, 1995).

Para que a avaliação nessas organizações de saúde seja implantada com sucesso, é necessário que estas se modulem e criem estratégias, desenvolvendo um planejamento sólido que defina os objetivos e metas, e que implantem indicadores para melhor identificar os problemas existentes.

O presente estudo avaliou a qualidade dos serviços prestados nas unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Tapes/RS, a partir da utilização de uma metodologia de avaliação rápida dos serviços de atenção básica em nível local. Os resultados buscaram evidenciar a opinião dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados, identificando necessidades reais da população e orientando a busca pela melhoria na qualidade dos serviços prestados.

1.2 JUSTIFICATIVA

As desigualdades existentes na sociedade brasileira é um dos fatores que produz a necessidade de cuidados e atenção à saúde de forma equitativa, universal e integral. Para que esse cuidado seja alcançado, é de importância a avaliação dos sistemas e serviços de saúde que o prestam.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde vem se tornando um grande desafio. Os altos custos da assistência e a necessidade de requerer acesso aos serviços fazem com que a cada dia a sociedade passe a exigir melhorias na qualidade dos serviços a ela prestados. Muitas organizações públicas e privadas estão buscando formas de avaliar seus serviços, com o objetivo de atingir suas metas e elencar novas perspectivas.

O planejamento e a avaliação são entendidos como instrumentos norteadores para essa mudança. Adquirem novos contornos e espaços, sendo ampliados junto aos dirigentes com a proposta de desenvolver novas práticas institucionais, promovendo a equidade e a racionalidade dos recursos (GIL, 1995).

A opinião dos usuários da rede básica de saúde é importante para os municípios, pois através dela os gestores podem identificar os pontos de melhoria na qualidade dos serviços prestados e as necessidades reais de cada comunidade (GADOTTI, 1995).

Neste contexto, este estudo apresentou como objetivo geral avaliar na perspectiva dos usuários a qualidade dos serviços prestados pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família existentes no município de Tapes/RS, em janeiro de 2012. Foram especificamente avaliadas a

perspectiva dos usuários em relação às definições das dimensões essenciais da atenção básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação e formação profissional, além de se elaborar um perfil dos serviços de atenção básicas existentes no município.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TAPES

1.3.1 Histórico de Tapes

Tapes foi habitada inicialmente por índios tupis-guaranis, atraídos pela fertilidade do solo e pela abundância das pastagens da região. Criada em agosto, a primeira sede do município era denominada Freguesia de Nossa Senhora das Dores de Camaquã, sua emancipação política e administrativa ocorreu em 12 de maio de 1852. Entretanto por questões políticas ou econômicas a Freguesia integrava ora o território de Porto Alegre, ora subordinava-se a Camaquã. As águas da Laguna dos Patos, em cujas margens a cidade localiza-se, tornam o município reconhecido por competições náuticas. Além do turismo, o município é um dos mais importantes produtores de arroz do estado do Rio Grande do Sul.

As etnias formadoras da população estão distribuídas da seguinte forma: portugueses vindos da Ilha dos Açores, que mesclada com a cultura indígena, os açorianos, seguidos de imigrantes de diversas partes da Europa, desenvolveram aqui as suas tradições, seus usos e costumes que hoje ainda fazem parte do cotidiano dos Tapenses.

1.3.2 Localização e Demografia

A cidade de Tapes situa-se a sudoeste da capital do Estado do Rio Grande do Sul, aproximadamente 100 km de Porto Alegre. O acesso principal é feito pela Rodovia BR 116 até o trevo com a Rodovia RS 717. Neste ponto entra-se à esquerda e percorre-se 15 km até chegar à cidade de Tapes.

O Município faz parte da Região Centro-Sul, localiza-se entre as coordenadas 30°41' de latitude e 51°25' de longitude oeste, na Planície Costeira interna do Rio Grande do Sul, às margens da Laguna dos Patos e está localizado a 5 metros acima do nível do mar, sendo

constituído quase na sua totalidade por planícies formadas por terrenos arenosos, baixos e planos com pequenas elevações em algumas regiões, dividindo-se em duas regiões distintas: Planícies Costeiras da Laguna dos Patos e elevada.

Possui uma área de 806,299 km². Sua população de acordo com dados Censo Demográfico do IBGE realizado no ano de 2010 é de 16.629 habitantes, cerca de 14.478 pessoas (ou 87%) residem na zona urbana e 2.151 (13%) na zona rural (IBGE, 2010). Foram recenseados em 2010 o total de 7.722 domicílios, sendo 5.795 considerados particulares ocupados.



Figura 1 - Mapa de localização do Município de Tapes e cidades limítrofes.

Fonte: Extraído do Mapa da Divisão Municipal – 2003, que integra o Atlas Socioeconômico do Estado do Rio Grande do Sul (TAPES, 2011, p. 14).

Tapes é um município que faz parte da mesorregião Metropolitana de Porto Alegre e da microrregião de Camaquã, apresentando as seguintes confrontações: ao Norte, Barra do Ribeiro; ao Sul, Arambaré; a Leste, Laguna dos Patos e a Oeste, Sentinela do Sul.

1.3.3 Dados Institucionais

A Estrutura Administrativa do Executivo Municipal é composta pelos seguintes órgãos: Gabinete do Prefeito, Assessoria Jurídica, Secretaria Municipal da Administração, Secretaria Municipal da Fazenda, Secretaria Municipal da Educação e Cultura, Secretaria Municipal de Turismo, Desporto e Lazer, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Assistência Social,, Secretaria de Obras, Aviação e Transporte, Secretaria do Meio Ambiente e Secretaria Municipal da Produção Primária, Indústria e Comércio.

A Câmara de Vereadores é formada por 9 (nove) Vereadores, Assessoria Jurídica, 3 (três) Assessorias Parlamentares de Bancada e Secretaria Executiva. A presidência é escolhida anualmente através de eleição.

Com objetivo de atuar no apoio à administração pública municipal, existem 14 (quatorze) Conselheiros Municipais.

O Prefeito Sylvio Tejada Xavier está no seu segundo mandato consecutivo (2005-2012). Seu governo é do Partido Democrático Trabalhista - PDT e tem ainda na sua composição partidária o Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB.

Como Administração Descentralizada encontra-se a Autarquia Hospital Nossa Senhora do Carmo que tem uma direção escolhida pelo Prefeito, Servidores Estatutários e contratados.

1.3.4 Aspectos Econômicos

As principais atividades econômicas estão relacionadas com o setor rural, com produção agropecuária (gado), cultivos de arroz e florestamentos com espécies exóticas. Em menor escala cultivam-se no município alho, batata-doce, batata-inglesa, feijão, mandioca, melancia, melão, milho, soja e tomate. Uma importante fonte adicional de renda para o município provém do turismo, embora haja conflitos diretos pelo uso dos recursos naturais (água) entre turismo, lazer e orizicultura. O artesanato também desponta como um setor em crescimento no município.

Os aspectos socioeconômicos principais de Tapes estão relacionados como o seu processo histórico de sua formação, aos aspectos demográficos, econômicos, sociais, saúde e educação, caracterizando-se por baixa concentração de assentamentos populacionais e

atividade principal voltada à agropecuária, explorada por latifúndios (TAPES, 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) apurado para o Município de Tapes no ano 2000 foi de 0,78, enquanto a média do Estado do Rio Grande do Sul foi de 0,81. O produto interno bruto per capita foi de R\$ 11.610, dado de 2009.

A expectativa de vida ao nascer é de 70,31 anos (FEE, 2000), sendo o coeficiente de mortalidade 32,89 por mil nascidos vivos (FEE, 2009).

A taxa de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais é de 6,98% (FEE, 2010).

Contribuem para o desenvolvimento municipal uma rede escolar adequada às necessidades do ensino fundamental e médio e a existência de uma Unidade da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul onde se desenvolve o Curso Superior de Tecnologia em Gestão Ambiental.

1.3.5 Serviço de Saúde Local

Tapes pertence a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e conta com quatro unidades de saúde na esfera da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo elas: ESF Central, ESF Arroio Teixeira, ESF Vila Borges e Vila Wolff são esferas da administração municipal, com natureza direta e um hospital geral da administração indireta, em regime de autarquia municipal - Hospital Nossa Senhora do Carmo.

As unidades de Saúde da Família funcionam nos turnos manhã e tarde, o número de atendimentos de cada unidade é de 15 atendimentos/turno, em média. Ambas possuem instalações para clínica básica, sala de curativo e procedimentos, sala de imunizações, sala de enfermagem. As unidades de ESF Centro e Arroio Teixeira possuem ainda sala de atendimento para o profissional odontólogo. As equipes possuem em média um médico, um enfermeiro, de um a dois técnicos de enfermagem, estes em regime de contratação por tempo determinado, já os agentes comunitários de saúde possuem vínculo empregatício público celetista e são em média de 6 a 7 por unidade.

O Hospital Nossa Senhora do Carmo, hospital geral de pequeno porte, localizado na rua Edmundo Dreher, 368 no centro de Tapes conta com 50 leitos, sendo assim distribuídos: 1 para cirurgia geral, 1 de isolamento, 1 de obstetrícia cirúrgica e 3 de obstetrícia clínica, 10 para psiquiatria e 34 leitos de clínica geral.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo se conforma como sendo uma pesquisa de caráter exploratório-descritiva com abordagem quantitativa.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema a ser estudado por facilitar a delimitação da temática de estudo através do levantamento bibliográfico ou por entrevistas com indivíduos que têm ou tiveram contato com o tema (GIL, 2002). A abordagem quantitativa possibilita que aspectos gerais do fenômeno avaliado sejam observados, permitindo a generalização pela representatividade. Contudo, o significado é sacrificado em detrimento do vigor matemático exigido pela análise, não possibilitando análise das relações (TANAKA; MELO, 2004).

A população do estudo foi os usuários residentes na área de abrangência de três unidades da Estratégia de Saúde da Família do Município de Tapes/RS, quais sejam: Central, Vila Borges e Arroio Teixeira. A unidade Vila Wolff não participou do estudo, pois no período de realização das entrevistas o médico de família estava realizando visitas domiciliares, diminuindo a demanda do posto.

A amostra foi composta por 60 usuários de cada ESF, totalizando 180 casos. Configurou-se como amostra de conveniência, se encerrando quando o número amostral foi atingido, o que correspondeu a 15% dos usuários. Os critérios de inclusão no estudo para os usuários foram: idade superior a 18 anos, não ser acompanhante e ter realizado mais do que uma consulta na unidade da ESF. Os usuários foram entrevistados individualmente pelo autor, sendo que cada questionário demorou em média 15 minutos para aplicação, após receber informações e esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e assinar o respectivo “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE A).

O instrumento utilizado foi adaptado a partir do “Questionário sobre Sistema de Atenção Básica no Brasil” (ALMEIDA; MACINKO, 2006), composto de 64 questões divididas em nove módulos (APÊNDICE B). Neste estudo foi empregada uma versão adaptada composta de 62 questões em nove módulos, excluindo-se as perguntas no módulo D: Acesso - “Esta Unidade esta aberta nos finais de semana?” e “Esta Unidade fica aberta após as 18 horas pelo menos um dia durante a semana?” por não se aplicarem às unidades estudadas.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas utilizando um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel/Office 2007, através de estatística descritiva simples dos dados por

módulos, sendo eles: o acesso, o qual envolve a localização da unidade, bem como horários e dias que está aberta para atendimento; a porta de entrada, que implica no acesso e uso do serviço a cada situação pela qual o usuário busca o atendimento; o vínculo, que pressupõe a existência de uma fonte regular, sendo a unidade capaz de identificar a população adscrita, e o próprio vínculo profissional-comunidade que requer fortes laços interpessoais e cooperação mútua; o elenco de serviços, que implica em reconhecer se a unidade estabelece arranjos para que a população receba todo tipo de atenção à saúde que necessite, incluindo o elenco de serviços que a unidade oferece e também os encaminhamentos para rede especializada; a coordenação ou integração dos serviços, que pressupõe alguma forma de continuidade, encaminhamentos, acompanhamentos; e a formação profissional, a qual requer que a rede de atenção básica seja uma rede especializada, com profissionais capacitados.

Os dados obtidos a partir dos respondentes não foram utilizados para outros fins que não este projeto, sendo a confidencialidade de identificação dos atores envolvidos mantida. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob protocolo nº 22448 (ANEXO B), após prévia autorização para realização do estudo por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Tapes/RS (ANEXO A).

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

A partir da Segunda Guerra Mundial, o Estado brasileiro passou a interferir nas ações políticas e sociais, avaliando programas públicos socioeconômicos e de saúde. Métodos de análise das vantagens e custos destes programas foram desenvolvidos por economistas, constituindo-se primórdios da avaliação. Posteriormente se iniciou a profissionalização da avaliação. Predominava, na época, a visão de racionalização econômica, com ênfase no uso e desenvolvimento de métodos funcionais e quantitativos, objetivando encontrar um procedimento eficaz e eficiente, com baixo custo.

Em 1970, foram instituídos centros de atendimento à saúde que prestavam serviços que caracterizavam problemas que se diziam ser de saúde primária. Em virtude do crescimento populacional, as organizações de saúde restringiam o atendimento aos contribuintes da previdência social, sendo ele hospitalocêntrico e curativo, não correspondendo às expectativas de resolução da maioria dos problemas de saúde da população.

Devido a essa situação, os hospitais locais passaram a realizar atendimentos e consultas médicas promovendo ações de prevenção e educação na saúde, constituindo assim o direito de todos à saúde, sem distinção, e garantindo aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde, seja de níveis básicos aos mais complexos. Isso colocou em colapso a visão custo/benefício da avaliação vigente, passando-se a considerar a qualidade dos serviços (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Por conseguinte, com a necessidade de inovar e qualificar os atendimentos, foram instituídos os Postos de Saúde, os quais enfrentavam uma grande carência de recursos, tanto profissional quanto material, com o propósito de minimizar as doenças infecciosas e parasitárias, utilizando-se, no entanto, da estratégia de combater estas doenças controlando integralmente as condições de saúde da população.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Estabeleceu-se que deveria ser criado um conjunto de estabelecimentos, organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, com nível de complexidade crescente de ações de saúde e com tecnologia adequada, com fluxo de referência e contra-referência, visando ao atendimento integral da população. Essa rede, com tecnologia apropriada a cada nível, potencializaria a resolutividade das ações de saúde, tornando-as mais efetivas e eficientes, possibilitando aos cidadãos serem inseridos de forma indissociável no SUS (BRASIL, 1999). Assim, a atenção

primária à saúde passou a ser a porta de entrada para o Sistema de Saúde, constituindo-se em um nível próprio de atendimento, com capacidade para resolver um elenco de necessidades de saúde que extrapolam a intervenção curativa individual, denominadas de necessidades básicas de saúde (HARTZ, 2000).

Nesse contexto, a avaliação realizada pelos usuários do atendimento e serviços oferecidos, ganhou grande importância no SUS. O crescente interesse pela avaliação de todos os aspectos importantes da atenção primária levou ao desenvolvimento de instrumentos que abordam componentes múltiplos da atenção (STARFIELD, 2002). Em uma breve retrospectiva sobre o uso da avaliação em saúde, suas raízes históricas mais profundas remontam a Grécia Antiga, onde os filósofos clássicos já se referiam ao uso de padrões de conhecimentos na arte médica. Platão, em alguns de seus discursos, apontava para conceitos de excelência e destacava a importância das comparações destes produtos entre si e principalmente com o que era considerado padrão para tal (NOGUEIRA, 1994).

A avaliação da qualidade dos serviços prestados permite repensar e aprimorar as práticas profissionais, tanto técnicas quanto de gestão, através da comparação com os padrões instituídos, possibilitando a identificação de problemas, dificuldades e desempenho que produzam impacto sobre a saúde e bem-estar da população. Donabedian (1990) passou a considerar a qualidade como um fenômeno complexo, definido a partir de alguns atributos do cuidado médico: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Segundo Gadotti (1995), a eficiência caracteriza-se pelo fazer mais com menos recursos e a eficácia como o fazer bem, com qualidade, com os recursos que se têm. Para disponibilizar um serviço de qualidade é necessária a junção da eficácia e da eficiência, para assim alcançar a excelência com efetividade.

Devido ao crescimento populacional, os cidadãos exigem qualidade e garantia do serviço prestado, avaliando seu atendimento e expondo sua satisfação, sendo esse o principal motivo para que as organizações de saúde busquem se atualizar quanto às demandas de seus usuários/clientes. Ademais, avaliar também é refletir e planejar, estabelecendo objetivos. Os critérios da avaliação, os quais condicionam os resultados, devem estar sempre subordinados às finalidades e objetivos previamente estabelecidos para qualquer prática, seja educativa, social ou política. Em 2006, Almeida e Macinko propuseram, baseados nos trabalhos de Starfield (2002), uma lista de atributos ou dimensões essenciais como fontes importantes de monitoramento dos serviços, os quais refletem um conceito comunitário e multissetorial da atenção primária: o acesso, a porta de entrada, o vínculo, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque familiar, a orientação para a comunidade e a formação profissional.

Em estudo realizado por Adami (1993), evidenciou-se que a proximidade geográfica entre a moradia e o serviço de saúde em que se busca atendimento não se constitui no elemento central determinante dessa escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento. Desta forma, o acesso ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demandas da comunidade e com o bom acolhimento. As buscas por profissionais competentes para o atendimento e a confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde têm forte influência na escolha quanto ao serviço que deverá ser procurado (RAMOS; LIMA, 2003). Segundo os achados de Reis et al.¹ (apud RAMOS; LIMA, 2003), a relação entre a satisfação dos usuários e a competência e interesse demonstrados pelo médico em relação ao paciente são fatores que indicam a qualidade do serviço de saúde. No estudo realizado por Ramos e Lima (2003), vários usuários manifestaram-se quanto à escolha do profissional de saúde em função das indicações que ocorrem pela própria família, amigos, vizinhos. Conforme descrito por Oliveira² (apud RAMOS; LIMA, 2003), uma vez estabelecido um vínculo forte entre usuário e serviço/profissional, mesmo que o usuário mude-se para outro bairro mais distante, ele permanece utilizando o mesmo serviço de saúde.

A forma como o serviço se organiza, facilitando o acesso e permanência, através de mecanismos como o agendamento prévio de consultas e a marcação por telefone, também favorece a manutenção do vínculo usuário-serviço (RAMOS; LIMA, 2003).

Santos³ (apud LIMA et al., 2007), refere-se à condição socioeconômica como fator determinante da escolha do serviço público em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a procedimentos. Ressalta também a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos postos públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço.

Para Lima et al. (2007), os problemas relacionados ao acesso são os principais fatores dificultadores da assistência, sendo os relativos ao acesso funcional os mais citados pelos usuários. Entre as dificuldades de acesso funcional, o tempo de espera prolongado pelo atendimento foi o mais referido.

¹ REIS, E.J.F.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.; ACURCIO, F.A.; LEITE, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 6, p. 50-61, 1990.

² OLIVEIRA, F.J.A. **Serviços de Saúde e seus Usuários**: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

³ SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

Segundo Starfield (2002), a ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, sendo adiada, incorrendo em gastos adicionais. A evidência para os benefícios de um primeiro contato bem sucedido é importante para apoiar a inclusão do usuário, sendo uma característica-chave da atenção primária. Além disso, a importância do fácil acesso à atenção na redução da mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos.

A maximização do acesso para uma fonte de atenção primária é muito importante, visto a necessidade, apresentada em diversos estudos, dos usuários consultarem um médico generalista antes de consultar um especialista (STARFIELD, 2002).

Conforme Starfield (2002), utilizando dados de uma pesquisa em grupos envolvendo uma amostra nacional de indivíduos nos Estados Unidos, de Forrest e Starfield (1998), demonstrou-se que uma melhor acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com o médico de atenção primária.

Ainda Starfield (2002):

A razão pela qual o primeiro contato é importante é que o treinamento dos médicos de atenção primária ocorre com pacientes que têm baixa probabilidade de estarem doentes com problemas raros ou sérios. O treinamento de outros especialistas, entretanto, ocorre com pessoas que apresentam grande probabilidade de ter um problema raro ou sério em sua área de especialização. A probabilidade de que um determinado exame diagnóstico diagnosticará corretamente uma condição em um determinado paciente depende da frequência provável daquela doença nos pacientes que o médico examina. Se o problema for incomum, o exame dará vários resultados falso-positivos em relação aos resultados corretos. Os exames que os subespecialistas usam são calibrados para um bom desempenho em pacientes com maior probabilidade de ter a enfermidade. Se muitas pessoas com baixa probabilidade da enfermidade (como aquelas não encaminhadas por médicos de atenção primária) forem submetidas ao exame, na maioria das vezes ele não terá resultados precisos. Assim, as pessoas estarão, desnecessariamente, sujeitas a uma cadeia de exames diagnósticos, cada um dos quais com uma probabilidade finita de produzir um efeito adverso, sendo que os custos não serão justificáveis devido ao seu baixo rendimento. [...] o treinamento de médicos de atenção primária torna-os mais familiarizados com a forma como os problemas se apresentam em estágios iniciais e, a partir daí, eles são mais capazes de avaliar a importância relativa de vários sintomas e sinais em estágios iniciais da doença. Seu conhecimento dos pacientes facilita a avaliação da natureza das mudanças nos sinais e sintomas, e é mais provável que eles sejam mais eficientes no uso de recursos para avaliar a importância das mudanças. Os médicos de atenção primária podem, também, facilitar o acesso a outros especialistas e orientar o paciente para o mais apropriado, o que também pode encurtar o tempo para a atenção apropriada ao invés de aumentá-lo (STARFIELD, 2002).

O uso dos profissionais de atenção primária em vez de especialistas para a atenção ao primeiro contato, provavelmente, leva a uma atenção mais apropriada, melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos. O crescente enfoque sobre as portas de entrada deve ser acompanhado por uma estratégia para obter informações referentes à natureza e extensão dos encaminhamentos, o desenvolvimento de melhores critérios para encaminhamento e o papel adequado dos especialistas na atenção aos usuários. O profissional de atenção primária deve estar ciente de todas as demandas do usuário em qualquer contexto no qual estas apareçam, pelo menos no que se refere à saúde. A ampliação do alcance da prática em consultórios individuais para unidades de grupo e como parte de sistemas integrados de saúde fornece tanto novos desafios como melhores oportunidades para coordenar os serviços (STARFIELD, 2002).

De acordo com Starfield (2002), a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação em comum. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la. No entanto, nem todas as necessidades podem ser atendidas dentro da atenção primária, sendo importante a organização em rede, permitindo a circulação entre os diferentes níveis de atenção.

A coordenação requer meios de transferência e de reconhecimento de informações, além de abranger a regionalização. Com a regionalização, há um vínculo bem estabelecido entre a atenção primária, a secundária e a terciária. Os serviços são organizados conforme as necessidades da população e são projetados de forma que existam profissionais e unidades suficientes em cada nível para atender as demandas naquele nível, mas não excedê-lo. A atenção primária, através de sua orientação para a comunidade, divide a responsabilidade com a saúde pública para maximizar a extensão na qual os serviços de saúde podem superar as desvantagens sociais e seus efeitos adversos sobre a saúde (STARFIELD, 2002).

O atendimento clínico convencional não considera a distribuição dos problemas de saúde na comunidade. Muitas demandas de saúde não chegam aos consultórios médicos, e quando chegam, não refletem as frequências relativas na comunidade. Os profissionais de atenção básica devem considerar o impacto relativo dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na etiologia e progressão da enfermidade. Isso é possível através da

familiarização com o meio no qual os pacientes vivem e trabalham. O monitoramento do impacto dos serviços de saúde que realizam um atendimento clínico convencional é dificultado pelo fato de o acompanhamento ou devolução requerer que os pacientes contatem ou consultem novamente o profissional (STARFIELD, 2002). Segundo análises realizadas por White et al.⁴ (apud STARFIELD, 2002), demonstrou-se, conclusivamente, que a maioria das experiências com uma doença não resulta em uma consulta com um médico, apenas um terço resulta na busca de auxílio. Isso demonstra que as informações a respeito da natureza e da distribuição dos problemas de saúde não devem ser baseadas nas experiências de profissionais em centros médicos ou consultórios.

O conhecimento sobre como as enfermidades se apresentam deve ser obtido com o enfoque baseado na população. Segundo estudo de Holtzman⁵ (apud STARFIELD, 2002), os médicos em geral mencionam os sinais clássicos da enfermidade como estão descritos em textos-padrão, os quais raramente são os problemas pelos quais o usuário buscou os serviços de saúde. Assim, em um sistema de saúde em que os indivíduos podem buscar atendimento de qualquer profissional, a troca de informações sobre os atendimentos realizados é de grande importância para se alcançar o atendimento integral. Para Starfield (2002), uma melhor coordenação com os serviços sociais tem muito a oferecer na atenção continuada de idosos, pessoas cronicamente doentes e mentalmente incapacitadas.

Quando os usuários não retornam aos serviços de saúde para o acompanhamento, seja por insatisfação com a atenção, seja por descontentamento com os resultados, os profissionais perdem informações cruciais para a continuidade da atenção integral e conseqüentemente para sua própria formação. O enfoque na comunidade capacita os serviços a desenvolver sistemas de informação que possam monitorar os usuários que deixam de utilizar os serviços e avaliar seus motivos, além de possibilitar o surgimento de novas práticas integradas em saúde para a assistência. Segundo Starfield (2002):

A maior parte do que se sabe a respeito da doença e, especialmente, seu manejo resulta de experiências com pacientes em centros de pesquisa médica. Embora as pesquisas comunitárias por entrevista obtenham informações referentes às percepções das pessoas em relação aos seus problemas, e as pesquisas de exame populacional forneçam informações adicionais a respeito de aspectos de saúde, que podem ser detectados por exames e testes laboratoriais, nenhuma abordagem pode conectar as intervenções de atenção médica ao estado de saúde porque os dados clínicos, geralmente, não estão disponíveis ou não podem ser vinculados aos dados

⁴ WHITE, K.L.; WILLIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, n. 265, p. 885-92, 1961.

⁵ HOLTZMAN, N. Rare diseases, common problems: recognition and management. **Pediatrics**, n. 62, p. 1056-60, 1978.

da pesquisa. Os pesquisadores em centros médicos geralmente enfocam suas considerações sobre enfermidades específicas. Entretanto, o conhecimento do profissional a respeito da enfermidade não reflete necessariamente as experiências de doença das pessoas (STARFIELD, 2002).

Com o aumento da qualidade de vida e conseqüentemente da expectativa de vida da população, os indivíduos estão sujeitos a apresentar enfermidades múltiplas que podem interagir de formas desconhecidas e responder diferentemente a várias intervenções. A abordagem realizada nos serviços de atenção básica à saúde está enfocada no indivíduo através da sua visão do contexto comunitário e da utilização das habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas e serviços para que atendam às demandas específicas de saúde da população adscrita, sobrepondo o sistema de serviços de saúde e o ambiente social e físico, bem como o sistema de serviços de saúde e os comportamentos individuais que influenciam a saúde (STARFIELD, 2002). A definição das demandas de saúde da população vai variar de época para época e de lugar para lugar, dependendo dos valores da sociedade e da disponibilidade de dados. Como algumas demandas são mais fáceis de medir do que outras, a definição também dependerá do que pode ser avaliado em qualquer momento ou lugar.

De acordo com Starfield (2002), muitos estudiosos que trabalham na área dos serviços locais de saúde em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, acreditam que a orientação para a comunidade requer a consideração não apenas das demandas de saúde da comunidade, mas também a capacitação das comunidades para que desempenhem o papel principal na identificação dos determinantes dessas demandas no planejamento de soluções para atendê-las. Segundo Taylor⁶ (apud STARFIELD, 2002), a experiência em países desenvolvidos e em desenvolvimento indica que a mudança contínua de comportamento é mais promovida pela participação da família e da comunidade do que pela abordagem usual que estimula a dependência dos usuários na determinação do que é de seu melhor interesse. Conforme se aumenta a capacidade de coletar dados a partir de um número e variedade crescentes de fontes, novas possibilidades para identificação de tipos diferentes de demandas de saúde surgem na comunidade.

Desta forma, a atenção básica orientada para a comunidade pode se aproximar das atividades desenvolvidas pela saúde pública, com modelos diferentes de trabalho em equipe se unindo em diferentes áreas, dependendo das escolhas feitas pelas próprias comunidades. O papel dos gestores locais e regionais será estabelecer a estrutura para avaliação das demandas

⁶ TAYLOR, C.E.H. Christopherson Lecture: Lessons for the United States from the Worldwide Child Survival Revolution. **Pediatrics**, n. 96, p. 342- 6, 1995.

e os princípios gerais para avaliação de seu impacto. A ausência generalizada de sucesso no mundo no alcance de uma forte orientação para a comunidade e para a família dos sistemas de atenção primária pode ser devida à fluidez dos limites entre os campos orientados para a população e, especialmente, à ausência de metas e obrigações claras para que a atenção e a energia das comunidades sejam focalizadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas três unidades da Estratégia de Saúde da Família estudadas o usuário consegue atendimento mediante agendamento de consultas, pessoalmente ou através de chamada telefônica. Na primeira consulta o usuário é cadastrado manualmente e passa a ter seu prontuário para registro dos atendimentos e histórico de doenças. Caso necessite de encaminhamento, envolvendo um sistema de referência e contra-referência para os outros níveis de atenção, o usuário deve primeiro ser avaliado por um profissional médico da atenção básica, antes de ser encaminhado para um especialista na área específica de seu problema de saúde. O fornecimento de medicações básicas é realizado através de cada unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na falta ou necessidade de medicamentos ditos controlados e/ou especiais nas ESF Vila Borges e Arroio Teixeira, o usuário é encaminhado para a farmácia básica Central.

Dos 180 usuários das ESF que responderam ao questionário, 131 (72,7%) eram mulheres, dado que está de acordo com a literatura (RONZANI; SILVA, 2008). Segundo Gomes et al. (2007), os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, além de morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres.

Quanto ao grau de instrução dos usuários, 27 (15%) não têm escolaridade; 68 (37,8%) não completaram o Ensino Fundamental e apenas 36 (20%) concluíram-no; 28 (15,5%) não concluíram o Ensino Médio e 21 (11,7%) possuíam ensino médio completo. Observa-se que mais de 50% dos usuários não possuíam o Ensino Fundamental completo, denotando população de baixa escolaridade. A maior parte dos entrevistados possui necessidades sociais mínimas de infraestrutura como: luz elétrica, água encanada, banheiro, geladeira, rádio, telefone e televisão. Dos entrevistados, 61 (33,9%) possuem carro. No estudo de Ronzani e Silva (2008), também se constatou a baixa escolaridade da população estudada, além de baixa renda familiar.

A Figura 2 demonstra a autopercepção do usuário quanto ao seu estado de saúde:

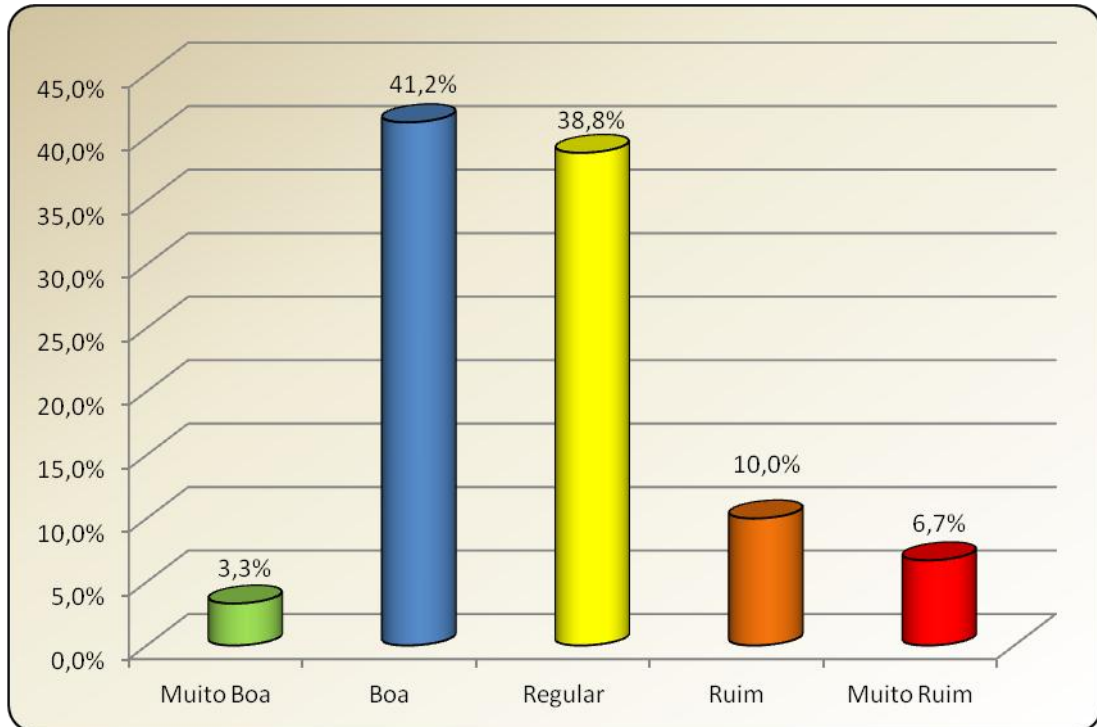


Figura 2 - Percepção dos usuários quanto a seu próprio estado de saúde (=180).

Pode-se observar que a maioria dos usuários considera seu estado de saúde entre boa (41,2%) e regular (38,8%). É importante destacar que as avaliações ruim e muito ruim foram indicadas por 16,7% dos entrevistados. Segundo estudo realizado por Lima et al. (2007), alguns usuários consideraram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se torna um fator pouco relevante.

Na tabela a seguir apresentam-se dados referentes os agravos à saúde referidos pelos usuários.

Tabela 1 - Percentual referido de agravos à saúde pelos usuários (n=180).

Patologias referidas	Sim (%)	Não (%)
Doença de coluna/ dor nas costas	74,4	25,6
Hipertensão (pressão alta)	42,2	57,8
Depressão	32,2	67,8
Artrite ou reumatismo	18,3	81,7
Outras doenças	35,6	64,4

Fonte: Coleta de dados (2012).

Das patologias destacadas na Tabela 1, 134 (74,4%) referiram ter problemas relacionados à coluna/dor nas costas e 76 (42,2%) relataram ter hipertensão. Esses achados

seguem os dados conforme o estudo realizado por Ronzani e Lima (2008). Em um relatório do Banco Mundial (BRASIL, 2005) 66% da carga de doenças no Brasil se devem às doenças não transmissíveis, sendo 24% de doenças contagiosas e 10% de ferimentos. Apesar do crescimento populacional gradual, da expectativa de vida e, conseqüentemente, das enfermidades relacionadas ao envelhecimento, a saúde da população permanece relativamente constante. A mudança desse perfil é conseqüência às melhorias nos cuidados com a saúde, às mudanças nos estilos de vida e à globalização (STARFIELD, 2002).

O acesso aos serviços de saúde está vinculado a questões geográficas e também a questões organizacionais. Essas questões podem aproximar ou afastar os usuários dos serviços de saúde. Na Tabela 2 são apresentados os resultados referentes às questões relacionadas ao acesso às unidades da ESF.

Tabela 2 - Questões relacionadas ao acesso às unidades da Estratégia de Saúde da Família no município de Tapes/RS.

Acesso (%)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não Sabe
Facilidade em conseguir uma consulta:	—	2,2	20,6	10,6	10,0	56,6	—
Existe um telefone disponível para agendar consultas ou pedir informações?	—	—	—	—	—	58,9	41,1
Espera pelo atendimento supera 30 minutos?	—	—	22,2	37,8	23,8	12,8	3,4
Deixa de trabalhar quando vem consultar?	48,3	11,1	6,7	—	—	33,8	—
Consegue nesta unidade as medicações que necessita?	15,0	25,0	54,4	5,6	—	—	—
Na ausência de medicação é encaminhado para retirada em outro local?	—	15,0	38,3	—	46,7	—	—
Esta unidade dispõe de equipamentos necessários ao seu atendimento?	—	—	—	9,4	6,7	83,9	—

Fonte: Coleta de dados (2012).

Os resultados da Tabela 2 demonstram que as unidades estão adequadamente equipadas para atender “sempre” as demandas de 83,9% dos entrevistados. Esses achados correspondem aos dados descritos na literatura (RONZANI; SILVA, 2008). Nesta mesma rubrica (“sempre”), as variáveis de acesso aos serviços de atenção básica “facilidade em obter consultas” e “agendamento por telefone” receberam aprovação plena por pouco mais de metade dos entrevistados (56,6% e 58,9%, respectivamente).

Segundo Ronzani e Lima (2008), os usuários consideram que a grande demanda está relacionada à escassa oferta de consultas médicas e referiram que essa situação acontece em todas as unidades de saúde, considerando-a como uma característica do sistema público de saúde. Quase metade dos usuários deixa de trabalhar para poder consultar, denotando que as ESF atendem grande parte da população ativa adscrita. O acesso está relacionado a questões geográficas, principalmente a idosos e deficientes físicos, e a organização do serviço, minimizando o tempo de espera e proporcionando maior conforto aos usuários. Segundo Lima et al. (2007):

O fato de ter que chegar à unidade ainda de madrugada, muito antes do horário de abertura do serviço para garantir consulta, foi referido por quase todos os usuários. Alguns se mostraram descontentes frente a essa questão, sugerindo alternativas para modificá-la (LIMA et al., 2007).

A maioria dos usuários, porém, considerou que comparecer de madrugada ao serviço de saúde é um dever de quem quer receber a assistência.

Em relação ao fornecimento de medicação, observa-se que o município possui uma central de distribuição de medicações, o que justifica que a maioria dos entrevistados não consegue suas medicações diretamente nas unidades, mas podem obter os referidos fármacos na Farmácia Básica localizada no centro da cidade. Não foi pesquisado se os mesmos buscaram os referidos medicamentos na Farmácia Básica Central, conforme orientados pela equipe. O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde (LIMA et al., 2007). A falta de acesso aos medicamentos é uma frequente causa de retorno de usuários aos serviços de saúde devido ao agravamento de seu quadro clínico. Por conseguinte, isso aumenta os gastos nos níveis de atenção à saúde secundária e terciária.

A Tabela 3 apresenta resultados relacionados às questões referentes à porta de entrada para o Sistema Único de Saúde através da ESF. A porta de entrada relaciona-se com o atendimento recebido pelo usuário para entrar no sistema de saúde.

Tabela 3 - Questões relacionadas à porta de entrada (n=180).

Porta de entrada (%)					
	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
Para controle de saúde preventivo, o senhor (a) e sua família procuram este serviço?	–	–	5,0	12,2	82,8
Quando o senhor (a) ou sua família tem problemas de saúde, procuram este serviço?	–	–	5,0	19,4	75,6
Exceto urgências, o senhor (a) e sua família realizam consulta nesta unidade antes de consultar com especialista?	–	–	–	8,9	91,1

Fonte: Coleta de dados (2012).

Conforme descrito na Tabela 3, observou-se que 91,1% dos entrevistados consultam nestas unidades da ESF antes de chegar a um especialista, 82,8% as utilizam para controle de saúde preventivo e 75,6% quando apresentam algum problema de saúde. Segundo o estudo de Lima et al. (2007), os usuários avaliam de forma positiva o sistema de referência e contra-referência, incluindo o encaminhamento a especialidades médicas e à realização de cirurgias. Estes serviços atendem às diretrizes da Atenção Primária à Saúde, caracterizando-se como o primeiro atendimento para a entrada no sistema de atenção à saúde e realizando ações preventivas e de promoção da saúde física, social e psicológica, capazes de promover a integralidade do cuidado em um nível próprio de complexidade, resolvendo um elenco de necessidades de saúde que extrapolam a intervenção curativa individual (STARFIELD, 2002).

Ademais, os resultados demonstram a confiança dos usuários na organização em rede ao qual o serviço está inserido, possibilitando o encaminhamento dos usuários aos demais níveis de atenção conforme as demandas apresentadas. O vínculo usuário serviço evidencia o relacionamento desenvolvido entre o serviço e os profissionais da saúde com a comunidade.

Na Tabela 4 estão descritas as questões referentes ao vínculo usuário-serviço.

Tabela 4 - Questões relacionadas ao vínculo (n=180).

Vínculo (%)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não sabe
Quando retorna a Unidade é examinado pelo mesmo profissional?	–	–	–	7,2	87,8	5,0
Consegue falar com o profissional que lhe atendeu em caso de dúvidas?	–	–	15,0	11,1	67,8	6,1
Os profissionais lhe dão tempo para expor suas dúvidas e preocupações?	–	–	8,3	12,8	76,7	2,2
Os profissionais que lhe atendem entendem bem suas perguntas?	–	1,1	–	8,3	90,6	–
Os profissionais respondem suas perguntas de forma clara?	–	–	3,3	10,6	86,1	–
Durante as consultas, suas queixas são anotadas em seu prontuário?	–	–	–	13,9	65,5	20,6
Os profissionais estão informados sobre medicamentos que o senhor utiliza?	–	2,2	4,4	–	74,0	19,4

Fonte: Coleta de dados, 2012.

Destaca-se na Tabela 4 a referência ao “entendimento de suas perguntas” (90,6%), o exame pelo mesmo profissional em uma reconsulta (87,8%) e o acesso a este profissional em caso de dúvidas (86%). Segundo Lima et al. (2007), os usuários, ao serem questionados sobre o atendimento, destacam o ato de examinar como uma demonstração de bom desempenho profissional e de responsabilização de quem presta a assistência. A responsabilização do

profissional para com o estado de saúde do usuário se constitui em um dos elementos essenciais para realizar um efetivo acolhimento, despertando no usuário um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta a assistência (LIMA et al., 2007). Dessa forma, evidencia-se a possibilidade de os usuários estabelecerem um bom vínculo com os profissionais que os acompanham, cumprindo com o princípio de integralidade no cuidado, desenvolvendo-o conforme as necessidades de cada usuário sejam elas físicas ou culturais. Esse vínculo propicia a aproximação da comunidade com os serviços de saúde e otimiza o processo da assistência, conseqüentemente melhorando o acesso e reforçando esse vínculo.

No elenco de serviços disponibilizados pela ESF, destaca-se o atendimento para adultos (87%), idosos (64%) e controle de hipertensão arterial (86%). O atendimento para vacinação de crianças correspondeu a 78% do total de atendimentos infantis. O tratamento de pequenos ferimentos foi referido por 48% dos usuários e o tratamento de diabetes por 63,7%. Já o controle pré-natal foi referido por 52,8% das entrevistadas. Os serviços referidos constituem àqueles oferecidos pela atenção básica conforme a Portaria Nº 648/2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A coordenação dos serviços gerencia as informações de saúde da comunidade, sistematizando a assistência para melhor atender as demandas dos usuários. A Tabela 5 apresenta os resultados referentes às questões de coordenação dos serviços realizados nas unidades da ESF.

Tabela 5 - Questões relacionadas com a coordenação dos serviços, Tapes/2012 (n=180).

Coordenação (%)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre	Não sabe
Traz os resultados de seus exames de laboratório?	10,0	13,3	23,9	17,8	35,0	—
É avisado sobre agendamento da consulta de retorno para saber os resultados dos exames?	37,8	42,2	20,0	—	—	—
Quando vem a esta unidade traz documentos, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações, etc?	—	—	15,0	—	85,0	—
O profissional desta unidade tem sempre disponível o seu prontuário quando o senhor esta sendo atendido?	—	—	—	—	91,7	32,2
Os profissionais desta unidade permitem que o senhor veja seu prontuário?	—	—	32,2	—	35,6	32,2

Fonte: Coleta de dados (2012).

Referente à coordenação dos serviços da Tabela 5, destaca-se que apenas 35% dos usuários trazem sempre para consulta os resultados de seus exames de laboratório, ainda que

85% relatam trazer as documentações de imunização e solicitação de exames. Em 91,7% das respostas o usuário relata que os profissionais têm sempre disponível o seu prontuário, embora apenas 35,6% afirmem poder consultá-lo. Segundo Starfield (2002), a coordenação de um serviço se refere ao gerenciamento das informações e ações de saúde, colocando estes dados a favor dos usuários. O gerente confere orientação e direção às ações realizadas, com responsabilidade, articulando, através da negociação política, os recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, em consonância com as necessidades da população do território.

Com relação aos profissionais vinculados às unidades da Estratégia de Saúde da Família estudadas, de forma unânime os usuários afirmaram que existe um bom relacionamento entre os profissionais e a comunidade. Para 168 (93,7%) há na unidade pelo menos um médico disponível e para 174 (96,7%) há sempre um enfermeiro trabalhando quando procura os serviços. Para 126 (70%) dos usuários, os problemas de saúde são resolvidos em sua maioria pelos profissionais de saúde, sendo que 152 (84,4%) recomendariam as unidades para seus amigos. No contexto da Estratégia da Saúde da Família, a boa relação médico-paciente é fundamental, visto o papel que desenvolve enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial. De acordo com as diretrizes dessa estratégia, os profissionais da saúde devem valorizar a relação com os usuários e as famílias, compreendendo essa relação como parte de um processo terapêutico (FRANCO et al., 2005).

5 CONCLUSÃO

Dos usuários entrevistados, 80% avaliaram seu estado de saúde como boa ou regular e para 83,9% as unidades da ESF estavam adequadamente equipadas para atender “sempre” suas demandas. Mais da metade dos entrevistados aprovou plenamente as unidades quanto à facilidade de obter consultas e 91% consultaram nestas unidades antes de chegar a um especialista, sendo que 87,8% relataram serem examinados pelo mesmo profissional. No entanto, apenas 35% dos usuários referiram trazer consigo os resultados dos exames laboratoriais realizados. De forma unânime foi afirmado que existe um bom relacionamento entre os profissionais e a comunidade e 84,4% dos usuários recomendaram as unidades para seus amigos. Em suma os serviços oferecidos atenderam ao elenco de serviços relacionados na atenção básica pelo Ministério da Saúde.

Considerando a importância da Estratégia de Saúde da Família para alcançar o atendimento integral e fortalecer a confiança dos usuários na resolutividade dos serviços de atenção básica, acredita-se que a qualificação do acesso, adaptando-se às necessidades da população atendida, propicia o fortalecimento do vínculo usuário-serviço. Assim, caracteriza-se a atenção básica não apenas como uma porta de entrada para o serviço de saúde, mas um nível de atenção capaz de atender as demandas da população.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 12, p. 82-6, 1993.

ALMEIDA, C, MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde/OPAS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 1999. 94p.

_____. Ministério da Saúde. **Enfrentando o desafio das Doenças não Transmissíveis no Brasil**. Documento do Banco Mundial. Relatório Nº. 32576-BR. 15 de novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/899-648.html>>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488/2011**, do Ministério da Saúde Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZM.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, p. 114:115-8, 1990.

FORREST, C.B.; STARFIELD, B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. **American Journal of Public Health**, n. 88, p. 1330-6, 1998.

FRANCO, A.L.S.; BASTOS, A.C.S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa

Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 246-55, jan-fev. 2005.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. FEE. **Tapes** [online]. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Tapes>.

GADOTTI, M. Concepção dialética da avaliação. In: DEMO, P. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 1995.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.171p.

GIL, C.R.R. **Avaliação de projetos**: análise do Projeto UNI-Londrina. A Avaliação como instrumento da ação. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 1995.

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>.

HARTZ, Z.M.A. Focalizando a avaliação em saúde. **Revista do Imip**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 2000, p. 5-6.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=43>.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D.; ROSA, R.B.; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n.1, 2007, p. 12-7.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

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

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Health Evaluation: Problems and Perspectives. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan-mar, 1994.

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

TANAKA, O.U.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M.J.M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 121-36.

TAPES. **Plano Municipal de Saneamento Básico**. Tapes: 2011 [online]. Disponível em: <<http://www.tapes.rs.gov.br/sites/9400/9481/download/PMSBTAPES-VERSAOFINAL.pdf>>.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA PELOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE TAPES/RS.

Pesquisador Responsável: Professor Dr. Ronaldo Bordin.

Prezado (a) Participante:

Estamos realizando uma pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários atendidos nesta unidade de saúde. A pesquisa consiste em responder um questionário com duração aproximada de 15 minutos. Todas estas informações serão transcritas e analisadas, para que, posteriormente, sejam utilizadas para a melhoria do sistema de saúde na sua comunidade.

Informamos também que o seu nome não será revelado em hipótese alguma e que serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. A participação neste estudo é voluntária, portanto, se você não quiser continuar esta entrevista, em qualquer momento tem a liberdade de desistir.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Giana Garcia Dalbem

Pesquisadora

Consisto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento.

Nome e Assinatura do participante

Local e Data

APÊNDICE B - Questionário sobre Sistema de Atenção Básica no Brasil

Planilha de Processamento de Dados

Prezado Usuário!

Estou realizando esta entrevista para meu trabalho de conclusão do curso de especialização, Gestão em Saúde da UFRGS, que visa conhecer junto aos usuários a avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas Estratégias de Saúde da família em Tapes. Conto com a tua colaboração na realização desta pesquisa e solicito que responda as perguntas abaixo.

A. Informações gerais							
Data							
Nome da Unidade							
Bairro							
B. Informações sobre o usuário							
Sexo do usuário	Mulher						
	Homem						
Qual foi a última série escolar que o (a) senhor (a) completou	Sem escolaridade						
	Ensino fundamental (1 grau) incompleto						
	Ensino fundamental (1 grau) completo						
	Ensino médio (2 grau) incompleto						
	Ensino médio (2 grau) completo						
	Ensino superior (universitário) incompleto						
	Ensino superior (universitário) completo						
O (a) senhor (a) tem em casa?	Luz elétrica						
	Água encanada						
	Banheiro dentro de casa						
	Geladeira						
	Rádio						
	Telefone (celular ou fixo)						
	Televisão						
	Carro						
C. Saúde do usuário		Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Não sabe
De um modo geral, nos últimos 30 dias, o senhor (a) considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim							
Nos últimos 30 dias o (a) senhor (a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, correr, caminhar) por motivo de saúde?		Sim		Não		Não sabe	
O (a) senhor (a) tem:							
	Sim	Não	Não sabe		Recusa		
Doença de coluna ou dor nas costas?							
Artrite ou reumatismo?							
Câncer?							
Diabetes?							
Bronquite ou asma?							
Hipertensão (pressão alta)?							
Doença do coração?							
Depressão?							
Outra doença? Especifique							

Serviços de planejamento familiar									
Programa de controle da tuberculose									
Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)									
Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)									
Controle/tratamento de diabetes									
Controle/tratamento de hipertensão ou pressão alta									
Tratamento de pequenos ferimentos									
Problemas de saúde mental									
Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, higiene bucal)									
H. Coordenação									
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Recusa	Não sabe	
O (a) senhor (a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?									
O (a) senhor (a) traz os resultados de seus exames de laboratório para esta unidade?									
O (a) senhor (a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?									
Quando o (a) senhor (a) vem a esta unidade, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações, etc?									
O profissional desta unidade tem sempre disponível o seu prontuário quando o (a) senhor (a) esta sendo atendido?									
Os profissionais desta unidade permitem que o (a) senhor (a) veja o seu prontuário?									
I. Formação profissional									
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Recusa	Não sabe	
Na sua experiência, com que frequência o (a) senhor (a) veio a esta unidade e tinha pelo menos um médico trabalhando?									
Na sua experiência, com que frequência o (a) senhor (a) veio a esta unidade e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?									
O senhor recomendaria esta unidade a um amigo?									
Os profissionais desta unidade são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?									
Os profissionais de saúde desta unidade relacionam-se bem com a sua comunidade?									
O (a) senhor (a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?									
Observações do entrevistador									
Agradecemos a sua participação									

ANEXO A - Autorização para a Realização da Pesquisa


Carta de informação à instituição

Esta pesquisa tem como objetivo estudar avaliação dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados pelas Estratégias de Saúde da Família do Município de Tapes/RS. Sendo assim estaremos aplicando um questionário com perguntas de múltipla escolha.

Para tal solicitamos a autorização desta instituição para a triagem de usuários, e para a aplicação de nossos instrumentos de coleta de dados; o material e o contato interpessoal não oferecerão riscos de qualquer ordem aos usuários e à instituição.

Os indivíduos não serão obrigados a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Tudo o que for falado será confidencial e usado sem a identificação do usuários e dos locais. Quaisquer dúvidas que existirem agora ou depois poderão ser livremente esclarecidas, bastando entrar em contato conosco no telefone abaixo mencionado.

De acordo com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia ficará com a instituição e outra com os pesquisadores. Obrigado.



Pesquisadora: Giana Garcia Dalbem

Co- orientadora: Cheila Denise Ottonelli Stopiglia
Orientador responsável: Ronaldo Bordin
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Telefone para contato 51 96594113

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o senhor Sérgio Irineu Marocco, responsável legal pela Secretaria Municipal de Saúde de Tapes/RS após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais serão submetidos os usuários desta, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em autorizar a realização da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Tapes, 30 de Dezembro de 2011.


Sérgio Irineu Marocco
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B - Encaminhamento para a Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS

Prezado Pesquisador RONALDO BORDIN:

Informamos que o projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA PELOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE TAPES/RS encaminhado para análise em 06/02/2012 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Medicina com o seguinte parecer:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Comissão de Pesquisa

PARECER

Título do projeto: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA PELOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE TAPES/RS.

Coordenador: Ronaldo Bordin.

Participantes: Cheila Denise Ottonelli Stopiglia, Giana Garcia Dalbem.

O projeto tem por objetivos descrever a avaliação dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados pelas Estratégias de Saúde da Família do Município de Tapes/RS; conhecer a avaliação dos usuários em relação às definições das dimensões essenciais da atenção básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação e formação profissional; analisar a percepção dos usuários sobre a atenção recebida em relação à percepção sobre seu estado de saúde; elaborar um perfil dos serviços de atenção básica em nível local.

Será realizada pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa. A amostra será composta por 180 usuários residentes na área de abrangência das quatro unidades, 45 usuários de cada.

Cronograma e orçamento estão adequados.

Apresenta termo de consentimento livre e esclarecido e concordância da instituição.

Desta forma, a Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina opina pela aprovação do projeto e encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

Prof. Dr. Edison Capp
Coordenador COMPESQ/FAMED/UFRGS