

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

TATIANA DALL'AGO AQUILLA

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE AJURICABA (RS): PESQUISA SURVEY
JUNTO AOS USUÁRIOS**

Porto Alegre

2012

TATIANA DALL’AGO AQUILLA

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE AJURICABA (RS): PESQUISA SURVEY
JUNTO AOS USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Especialização
de Gestão em Saúde – modalidade a
distância da Universidade Federal do
Rio Grande do sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Fabio B. Meira

Porto Alegre/RS

2012

Tatiana Dallago Aquilla

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE AJURICABA (RS): PESQUISA SURVEY JUNTO
AOS USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em 5 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Cynthia Castiel Menda

Prof. Paulo Albuquerque

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Lurdes

Ao meu marido e companheiro, Idomar

Ao meu filho, Luis Henrique.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha mãe, Lurdes, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, mulher da qual tenho maior orgulho, meu eterno agradecimento pelos momentos em que estive ao meu lado, me apoiando e me incentivando;

Ao meu pai, Ervino, por me ensinar que nada nesta vida é fácil, tudo é fruto de muito trabalho;

Ao meu filho, Luis Henrique, meu tesouro, por entender a minha ausência em muitos momentos nesses últimos meses;

Aos meus sogros, Olinda e Ernesto, e a todos da minha família pelo carinho e compreensão nos momentos em que estive me dedicando aos estudos e a produção deste trabalho;

As minhas colegas: Lucilene, Leda, Dani e Avani, por compartilhar comigo os prazeres e as angústias do trabalho em saúde e principalmente, pelo apoio à minha qualificação;

Ao José, pela paciência de me ouvir, de ler e corrigir com delicadeza a minha produção textual;

A todos os usuários que aceitaram fazer parte desta pesquisa colaborando com os seus depoimentos;

A Dra. Fernanda G. Santos pela contribuição com o seu excelente inglês;

Ao Dr. Marcos e Alexandre pelas conversas sobre o serviço de saúde, a partir das quais fui estruturando minha pesquisa;

Ao João e a Ruth, pela excelência do trabalho de campo e análise estatística aqui contempladas;

Aos professores do curso de especialização em Gestão em Saúde, em especial ao professor orientador Fábio Meira e a tutora Lena Ribeiro;

Dedico em especial ao meu marido e companheiro, Idomar, por estar ao meu lado sempre, pelo apoio, motivação, paciência, pelo colo nas horas de desespero e por me fazer seguir em frente. Sem dúvida, foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho.

Escutar é complicado e sutil (...). A gente não agüenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor... Sem misturar o que ele diz com aquilo que a gente tem a dizer. Como se aquilo que ele diz não fosse digno de descansada consideração.....

E precisasse ser complementado por aquilo que a gente tem a dizer, que é muito melhor... Nossa incapacidade de ouvir é a manifestação mais constante e sutil de nossa arrogância e vaidade.

(ALBERTO CAEIRO)

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o desempenho dos serviços das equipes de PSF, nas unidades básicas de saúde do município de Ajuricaba e a satisfação dos usuários com os mesmos. O PSF completará em 2012 dez anos de trabalho e até hoje não foi avaliado quanto ao seu desempenho perante os usuários, esta torna-se necessário a partir do momento em que é a comunidade e a saúde desta, o objetivo maior do programa. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo levantamento ou survey, através de inquérito domiciliar aplicado a uma amostra sistemática constituída por 267 usuários. As variáveis estudadas foram: local de primeiro contato; resolutividade; visitas domiciliares; acesso; gratuidade e aspectos positivos e negativos do serviço. A análise dos dados mostrou que os usuários estão satisfeitos com os serviços ofertados, sendo que 71,7% avaliaram como bom e muito bom o desempenho geral das equipes de saúde da família. Entende-se, portanto que a maior parte da população aprova a forma como o trabalho é conduzido pelas equipes de PSF no município.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde, satisfação do usuário, desempenho do PSF.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the performance of PSF's services, basic health units in Ajuricaba city and the user satisfaction with them. The PSF in 2012 will complete ten years of work and has not yet been evaluated about its performance before. This becomes necessary in the way that the community and health of that represent the ultimate goal of this program. This is a quantitative, survey-type study using a questionnaire applied to a systematic sample consisting of 267 users. The variables studied were: site of first contact, problem solving, home visits, access, free services, positive and negative aspects of the service. Data analysis showed that users are satisfied with the services offered, and 71.7% rated it as good or very good overall performance of family health teams. Therefore the great part of population approves the way that the work is conducted by the basic health teams in the city.

Keywords: Health services evaluation; user satisfaction; PSF performance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO.....	12
2.1- O município de Ajuricaba e a organização da rede de atenção.....	12
2.2.1- A Secretaria Municipal de Saúde.....	13
3. OBJETIVOS.....	21
3.1- Objetivo geral.....	21
3.2- Objetivos específicos.....	21
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4.1 A saúde pública no Brasil.....	22
4.2 Avaliação em Saúde.....	25
4.3 A satisfação como método de avaliação.....	28
5. MÉTODO.....	32
5.1 Amostragem.....	32
5.2 Coleta de dados.....	35
5.3 Tratamento e análise dos dados.....	36
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	39
6.1- O perfil dos usuários das UBS de Ajuricaba.....	39
6.2- O padrão de utilização das UBS de Ajuricaba.....	42
6.3- Avaliação dos serviços das UBS de Ajuricaba.....	45
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICE- Questionário.....	59
ANEXO- Localidades em que foram realizadas as pesquisas de campo.....	64

1. INTRODUÇÃO

A participação popular na gestão das ações e serviços de saúde é prevista por lei desde 1988, na redação da Constituição Federal Brasileira. Posteriormente a legislação cuidou de enfatizar e detalhar a presença participativa da comunidade na Administração Pública. A Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90, determinou a participação popular como um dos princípios e diretrizes do SUS. Mas foi a Lei 8.142/90 que a afirmou de fato na gestão do SUS, através da criação das conferências e dos conselhos de saúde.

Foi a lei 8.142/90, no seu artigo 1º que definiu o conselho de saúde como instância colegiada, da seguinte forma:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A participação social através dos conselhos e conferências é fundamental na gestão do SUS, mas não deve se restringir a estes. Pode e deve se abrir novos canais de comunicação efetivos para ouvir a população, em relação às políticas públicas de saúde. É neste contexto que se inseri a avaliação da satisfação dos usuários das unidades de saúde da família (PSF), como uma forma de dar voz à população frente aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

Estudos sobre o Programa Saúde da Família apontam a ausência dos usuários como protagonistas do seu próprio viver e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das discussões sobre o que lhe diz respeito (MATUMOTO,2003).

O Programa Saúde da Família está pautado no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social, dentre outras diretrizes. Entende-se que ambas estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como em um plano

ainda mais microscópico, as relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições (CREVELIN; PEDUZZI, 2005).

Em Ajuricaba a Estratégia de Saúde da Família- PSF completará em 2012 dez anos de implantação e passado este período ainda identifica-se problemas estruturais relevantes, como ocorre também com outros municípios do país. Dentre os principais problemas identificados pela gestão e equipe, encontram-se: a dificuldade em prestar atendimento integral e resolutivo; a fragmentação da atenção; a falta de comunicação entre os serviços da rede de atenção; a descontinuidade do atendimento pela rotatividade do profissional médico. Essa é uma visão técnica e administrativa dos problemas enfrentados, necessita-se ainda, de forma complementar, conhecer como a população avalia a situação em que se encontra a estratégia no município.

Vários métodos de avaliação já foram implantados ao longo destes anos, porém apenas em âmbito nacional e privilegiando aspectos técnicos, não verificando a visão da população em relação a esta estratégia. Portanto, pretende-se com a realização deste trabalho, conhecer o padrão de utilização dos serviços pelos usuários e avaliar a satisfação em relação aos mesmos no município de Ajuricaba/RS. Contribuindo desta forma, para o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, possibilitando identificar as falhas e corrigi-las, para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população, e ainda subsidiar o processo de planejamento no município.

O interesse em realizar a monografia enfocando o PSF deve-se ao fato de ter participado, como enfermeira, desde a implantação do mesmo em Ajuricaba em 2002, colaborando com a construção do projeto inicial, o mapeamento das áreas, a implantação das duas primeiras equipes e posteriormente no processo de implantação da terceira equipe.

O presente trabalho está organizado em capítulos, da forma apresentada a seguir. No capítulo 2 é realizada a caracterização do objeto, mencionando o município de Ajuricaba e a organização da rede de atenção e a secretaria municipal de saúde com as equipes de Saúde da Família.

O capítulo 3 descreve os objetivos traçados para o presente estudo, divididos em objetivos gerais e específicos.

A elaboração do marco teórico a partir dos conceitos da saúde pública no Brasil, da Estratégia de Saúde da Família, da satisfação e da avaliação dos serviços de saúde está descrita no capítulo 4.

No capítulo 5 a descrição teórico- metodológica com os motivos que levaram a optar por uma pesquisa de levantamento ou survey. O quadro metodológico explicita a delimitação da amostragem do estudo, o caminho percorrido para a coleta dos dados, e por fim o tratamento e análise dos dados coletados.

A apresentação e análise dos dados é feita no capítulo 6, onde o material foi interpretado e discutido a partir de três eixos principais: O perfil dos usuários das Unidades Básicas de Saúde; O padrão de utilização das UBS e avaliação da satisfação dos usuários com os serviços prestados pelas equipes de saúde da família nas UBS.

Ao final, são tecidas algumas considerações acerca dos resultados do estudo para a gestão da saúde no município de Ajuricaba.

2. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO

2.1 - O MUNICÍPIO DE AJURICABA E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO

Para Righi (2002) o termo “rede de atenção” tem sido usado no campo da saúde para denominar serviços semelhantes localizados em um determinado território. A construção do Sistema Único de Saúde, a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, é espaço para a discussão de uma rede composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade de atenção, com a complementaridade do setor privado.

Ajuricaba é um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, localizado no noroeste colonial, há 420 km da capital e com uma população de 7.255 habitantes (IBGE, 2010). A população divide-se em rural e urbana, sendo que no ano de 2010 a população urbana superava em números a população rural, totalizando 3.147 pessoas na área rural (43%) e 4.108 na área urbana (57%) (FEE, 2010). O município possui uma extensão territorial de 323 Km² e a densidade populacional é de 22,4 hab/Km² (IBGE, 2010).

A comunidade deriva na sua maioria de famílias de pequenos agricultores, sendo que a agropecuária representa grande parte da economia do município, ficando atrás apenas da prestação de serviços, que hoje é o que move a economia no país (IBGE, 2010).

A rede de atenção à saúde no município é relativamente bem estruturada e completa se comparada aos demais municípios de porte semelhante na região. Os serviços que compõem a rede no município são: um hospital, duas Unidades Básicas de Saúde com três equipes de saúde da família, um laboratório de análises clínicas, uma clínica de radiodiagnóstico, clínicas particulares com atendimento médico e de outros profissionais da saúde.

O hospital é mantido por uma associação beneficente, fundada em vinte e dois de agosto de mil novecentos e sessenta e seis. É uma entidade jurídica de direito

privado, filantrópica e sem fins lucrativos. É dirigido por uma diretoria eleita pela comunidade, fiscalizada pelo conselho fiscal e referendada pelas assembleias gerais ordinárias e extraordinárias convocadas conforme estatutos sociais (Documentos da Sociedade Hospitalar Beneficente de Ajuricaba - SHBA).

A entidade presta atendimento para a micro-região de Ajuricaba e parte dos municípios vizinhos através de convênios privados e principalmente do SUS, o qual abrange mais de 70% (setenta por cento) dos atendimentos prestados pelo hospital. Hoje, a organização institucional é formada por uma diretoria composta por sete membros; um conselho fiscal (com seis membros); um administrador; uma enfermeira; uma farmacêutica; uma nutricionista; doze (12) técnicos de enfermagem, equipe de recepção e faturamento e equipe de apoio (Documentos da SHBA).

A ala assistencial é composta por trinta e dois (32) leitos para internação, bloco cirúrgico com sala de observação, sala de pequenos procedimentos, ambulatórios e sala obstétrica. São realizadas no município as internações dentro das possibilidades de assistência que o hospital oferece; cirurgias de pequenos e médios portes e partos normais e cesáreos. Apesar da boa infra-estrutura que possui, o hospital enfrenta dificuldades, como a maioria dos hospitais de pequeno porte, e a maior delas é de cunho financeiro.

2.1.1 - A Secretaria Municipal de Saúde e as equipes de Saúde da Família:

A Secretaria Municipal de Saúde de Ajuricaba foi criada em 28/12/1981, a partir da lei nº 455, que foi revogada e criada nova lei em 03/03/1989 sob nº689 quando começou a funcionar efetivamente.

Quanto ao organograma da secretaria, o secretário municipal de saúde é a hierarquia maior dentro da instituição, sendo este subordinado apenas ao prefeito municipal e todos os demais funcionários a eles subordinados.

Em 2001, o prefeito municipal, juntamente com o secretário da saúde manifestaram interesse em aderir ao Programa Saúde da Família (PSF). Neste mesmo ano foi realizado projeto e encaminhado ao governo do estado, solicitando a implantação de duas (2) equipes que abrangeriam 100% do município. No início de 2002 este projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde e iniciando-se a estruturação

das equipes, com a contratação dos profissionais, aquisição de veículos e projeto para a construção de uma nova unidade de saúde. Como o município já possuía o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, foi necessária a contratação de apenas mais um médico e uma enfermeira.

Após iniciar os trabalhos na modalidade de PSF sentiu-se a necessidade de redimensionar o município e acrescentar uma terceira equipe, para que assim, com uma população menor em cada área, pudessem prestar assistência de melhor qualidade à população. Aproveitando os incentivos financeiros de adesão e manutenção das equipes por parte do governo, foi enviado o projeto de ampliação do programa para três equipes. O mesmo foi aprovado e colocado em execução no ano de 2004.

Neste mesmo ano foi realizado concurso público no município para a contratação dos profissionais do PSF, Saúde Bucal (SB) e demais profissional como: fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutica, agentes ambientais, para a ampliação dos serviços prestados na saúde. Foi incluída ainda a seleção para o cargo de Agentes Comunitários de Saúde, sendo um dos primeiros municípios da região a contratar esses profissionais através de concurso publico. A partir de 2004 todos os profissionais da Secretaria de saúde eram estatutários, que ingressaram por meio de concurso público, com exceção aos médicos.

O Programa Saúde da Família em Ajuricaba, a partir de 2004, passou a ter três equipes mínimas para a execução do trabalho. As equipes eram compostas por: um médico generalista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cinco agentes de saúde. Para cada equipe de saúde da Família foi implantada uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), totalizando três equipes, sendo cada qual composta por um cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

Atualmente se mantém as três equipes de PSF com três ESB, com a mesma composição profissional, ou seja, a mínima exigida pelo Ministério da Saúde. Além destes há outros profissionais, que são denominados de “equipe de apoio ao PSF”, entre eles uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma farmacêutica, uma psicóloga, entre outros, todos com 40 horas semanais, com exceção para a nutricionista que faz 20 horas na semana. Toda a equipe da saúde é formada por 53 funcionários efetivos, 4

contratados por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e 4 Cargos de Confiança (CC).

A forma jurídica Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIP foi à alternativa encontrada pela administração municipal para a contratação dos profissionais médicos. Há dificuldade na contratação destes profissionais em função de um item da Lei de Responsabilidade fiscal, que define que cargo algum dentro da administração municipal pode receber remuneração maior que a do prefeito.

A Lei 9.790/ 99 regulamenta essas organizações, dispondo sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

A estrutura física da secretaria é formada por três UBS, duas no centro da cidade e a terceira em um bairro e também por quatro Centros de Atendimento Rural a Saúde (CRAS), que há muitos anos estão desativados, com exceção de um localizado na linha 26.

A primeira unidade, denominada de secretaria de saúde, sedia o trabalho de duas equipes de PSF (1 e 3) e também toda a infra-estrutura da secretaria de saúde: farmácia, setor de agendamento de exames e consultas especializadas, além do atendimento dos demais profissionais: psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta e também o secretário municipal de saúde. Por toda a estrutura e pela gama de serviços ali concentrados, é o local de referência para a população, e por onde há maior circulação de pessoas.

A segunda unidade básica localiza-se ao lado da primeira, sendo sede de uma terceira equipe, denominada de PSF 2. Nesta unidade também está centralizada a sala de vacinas (única no município) e o serviço de vigilância sanitária.

A terceira unidade, localizada no bairro João Carlini, foi concluída recentemente e será sede da equipe de PSF 3, que atualmente está no prédio da Secretaria de saúde, juntamente com a equipe 1. A previsão para a mudança da equipe para a nova unidade é abril de 2012.

Os serviços realizados pela Atenção Básica, através das equipes de saúde da família e saúde bucal são: consultas médicas com clínico geral, atendimento de enfermagem, procedimentos ambulatoriais (curativos, retirada de pontos, aplicação de algumas medicações intra- muscular, hemoglicoteste, lavagem auditiva, verificação de sinais vitais, entre outros), visitas domiciliares, puericultura, coleta de citopatológico, grupo de caminhadas e procedimentos básicos de saúde bucal.

Demais procedimentos como suturas, pequenas cirurgias, aplicação de medicações endovenosas e algumas intramusculares, são encaminhados ao hospital municipal através de convênio com a prefeitura, específico para procedimentos ambulatoriais. A não realização destes nas UBS deve-se a falta de estrutura física adequada, materiais e pessoal insuficiente e também porque toda essa estrutura está disponível no hospital. A parceria é conveniente à ambas as partes, o hospital recebe o auxílio do município que não necessita disponibilizar a estrutura necessária para realização dos procedimentos. Fica a dúvida de como a população percebe a falta dos procedimentos nas Unidades de Saúde e ainda se estão tendo acesso universal a eles no hospital, como preconiza a lei.

Os atendimentos de fisioterapia, nutrição e psicologia são agendados diretamente com os profissionais, mediante a disponibilidade de vagas e no caso da fisioterapia, mediante prescrição médica. Percebe-se que a demanda para esses serviços estão sendo superior à capacidade de atendimento, o que está causa demanda reprimida, com longas filas de espera.

Há no município apenas duas especialidades médicas: cirurgia geral e gineco-obstetria; exercidas por dois médicos em consultórios privados, alugados, no prédio do hospital. No município há mais de 16 anos, são médicos à moda antiga, profissionais que atuavam em pequenos municípios e aprenderam a realizar de tudo um pouco, atendendo desde a gestante no pré-natal, o parto, o acompanhamento ao longo do ciclo vital até a morte. São eles que realizam cirurgias, partos e atendimentos de urgência e emergência no hospital municipal. Quando a secretaria de saúde necessita destes atendimentos, os mesmos são encaminhados via Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Demais procedimentos, consultas especializadas e exames não disponíveis no município são encaminhados aos municípios vizinhos através do Consórcio Intermunicipal de Saúde com Sede em Ijuí.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISA foi fundado em sete de maio de 1997 a partir de uma necessidade comum dos municípios da região que tinham dificuldades para comprar serviços médicos especializados. Para superá-las os municípios se uniram em consórcio para comprarem os atendimentos a um menor custo. Constitui-se como associação pública com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica intermunicipal, sem fins lucrativos, regida pelas normas da Lei nº 11.107/05, do Decreto 6.017/07, do Código Civil Brasileiro e Legislação pertinente. As atividades iniciaram-se no mês de novembro do mesmo ano.

Atualmente o CISA é constituído por 36 municípios: Ajuricaba, Augusto Pestana, Barra do Guarita, Boa Vista do Cadeado, Bom Progresso, Bozano, Braga, Campo Novo, Catuipe, Chiapeta, Condor, Coronel Barros, Coronel Bicaco, Crissiumal, Derrubadas, Esperança do Sul, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Miraguaí, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Pinheirinho do Vale, Redentora, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul, Sede Nova, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vista Alegre e Vista Gaúcha, abrangendo uma população total de 323.280 habitantes (CISA).

O pagamento do consorcio é realizado com recursos municipais tendo um desconto do SUS (que atualmente representa em torno de 20% do total da fatura mensal do CISA), obtido após o credenciamento junto ao mesmo, o que ocorreu em 1999 e impactou como importante avanço na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A manutenção dos serviços administrativos do CISA é realizada a partir da contribuição mensal dos municípios consorciados (CISA).

Nos últimos tempos o Consórcio cresceu significativamente em relação aos serviços ofertados, tanto que além de atuar na área de Consultas e Exames especializados, passou a realizar compras e distribuição de medicamentos aos municípios consorciados através de Pregão Eletrônico. O consórcio é presidido por um prefeito municipal, eleito em assembléia, a estrutura organizacional é composta por

assembléia geral, Conselho de Prefeitos, Presidente, Comissão Técnica e Secretaria Executiva (CISA).

Hoje, o CISA beneficia os municípios ao ofertar serviços a custos menores, mas ainda é um problema, devido a grande demanda por atendimentos e por ser financiado quase que exclusivamente pelos cofres municipais. Ficam alguns questionamentos: qual o papel do Estado em relação aos procedimentos de média complexidade e porque não cumpre com a sua participação no financiamento destes? Como fazer a regulação no município dos serviços ofertados pelo CISA, sem ferir os princípios da universalidade e integralidade da atenção?

No município há ainda oferta de serviços privados de análises clínicas, radiodiagnóstico e fisioterapia que também atendem uma fatia das necessidades da população através do CISA com encaminhamento prévio da atenção básica.

As internações hospitalares pelo SUS não realizadas no município são encaminhadas aos hospitais de referência na região. O principal é o Hospital de Caridade de Ijuí- HCI, localizado há cerca de 30 km de distância de Ajuricaba, tendo acesso por via asfáltica. O HCI é um hospital regional que atende as internações em UTI adulto e pediátrica; atendimentos de urgência/ emergência; atenção oncológica através do CACON; atenção cardiológica através do Instituto do Coração; hemodiálise; clínica geral; cirurgias, pediatria e gineco-obstetricia.

As demais internações para as quais o HCI não é referência são encaminhadas à outros municípios, conforme o sistema de referência regional. O acesso aos hospitais da capital, Porto Alegre, é feito através da Central de Marcação de Consultas, por telefone ou para a Comissão de Casos Urgentes. Ambas as possibilidades são de difícil sucesso e demandam de persistência, pois na grande maioria das vezes as tentativas possuem resultados frustrantes.

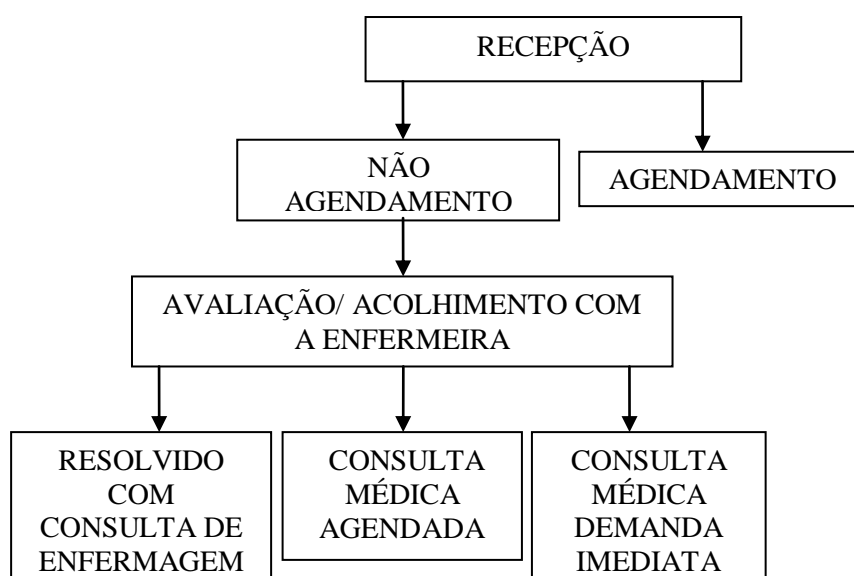
A farmácia básica municipal possui ampla lista de medicamentos disponíveis à população, inclusive itens que não constam na lista básica. Para ter acesso aos medicamentos o usuário deve ter a receita atualizada e prescrita com a denominação genérica, conforme as normas da assistência farmacêutica. Caso a medicação não faça parte do elenco disponível na Farmácia Básica e ao mesmo tempo conste na lista dos

medicamentos especiais/ excepcionais do estado, os usuários recebem a orientação para levarem os formulários para o médico prescritor e posteriormente serem encaminhados ao Estado. O acesso a farmácia municipal é livre a toda população, desde que os itens receitados constem na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

A organização dos atendimentos das equipes de saúde da família é feita de forma que: dos dez turnos de atendimentos semanais, cada equipe realiza atendimento na unidade em oito deles, os outros 2 turnos são assim distribuídos: 1 turno para visitas domiciliares e 1 turno para reunião com a equipe, incluindo os ACS. O trabalho é organizado de forma que sempre haja uma equipe atendendo em uma das unidades básicas, as unidades nunca ficam descobertas. Nos casos em que se avalia a necessidade o paciente é encaminhado para a unidade em atendimento.

Para ter acesso ao atendimento médico na UBS a qual estão cadastrados, os usuários dirigem-se até o balcão de atendimento com a recepcionista, que oferece a opção de agendamento ou consulta clínica imediata. Se optar por consulta imediata é encaminhado à enfermeira da equipe para avaliação e encaminhamento: consulta médica imediata; agendamento da consulta ou resolução do problema com as orientações de enfermagem. A figura abaixo representa o fluxograma da busca por consulta clinica nas UBS de Ajuricaba

Figura 1- Fluxograma para consultas médicas na UBS



Fonte: Tatiana Dall'Ago Aquilla

As puericulturas para crianças menores de um ano são realizadas pelas enfermeiras, sem prévio agendamento, dentro dos oito turnos em que a equipe encontra-se na unidade. Em caso de identificação de intercorrências que não possam ser resolvidas pela enfermeira as crianças são encaminhadas para consulta médica.

As coletas para exames citopatológicos do colo uterino (CP) são realizadas também pelas enfermeiras, durante um turno fixo na semana, mediante prévio agendamento. Chama-se coleta de CP por ser a denominação usual entre as mulheres, mas este momento é aproveitado para fazer uma consulta de enfermagem para as mulheres, incluindo a coleta de material para o citopatológico, exames de mamas, solicitação de mamografia e tratamento de vulvovaginite, se for o caso. Os ACS trazem para as reuniões que algumas mulheres possuem dificuldade de acesso ao CP pela rigidez de horários/ turnos/dias em que são realizados. Essa rigidez se deve a falta de sala, para a equipe 1 e 3, realizarem os exames que são feitos no mesmo consultório em que o médico atende, mas em turnos alternados com o deles. Essa dificuldade será suprida quando o PSF 3 mudar para a outra unidade, enquanto isso realiza-se campanhas/ mutirões em horários diferenciados para suprir a necessidade das mulheres que não podem nos dias padronizados. Essas campanhas ocorrem semestralmente.

Os atendimentos ambulatoriais são realizados em horários flexíveis, bastando se dirigir ao balcão da recepção ou diretamente com a equipe de enfermagem e solicitar o procedimento (curativo, nebulização, aplicação de injeção, entre outros), sempre portando a prescrição médica.

Os atendimentos odontológicos são realizados mediante agendamento, que deve ser realizado na recepção para os casos de primeira consulta, as demais são re-agendadas pelo próprio profissional da equipe de saúde bucal (ESB) de acordo com a necessidade do paciente, até a conclusão do tratamento. Os casos de urgência são avaliados pelos cirurgiões dentistas, que optam pelo agendamento ou atendimento imediato de acordo com a necessidade. Os procedimentos de maior complexidade, não realizados na UBS, podem ser encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), localizado em Ijuí, através de contato prévio do profissional para agendar a consulta.

3. OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Fazer uma avaliação da Estratégia de Saúde da Família em Ajuricaba, na dimensão da satisfação dos usuários quanto à prestação dos serviços.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil dos usuários das UBS: gênero, idade, escolaridade, local de residência, atividade que desempenha (ocupação), renda e composição familiar,
- Traçar o padrão de utilização das UBS através: do levantamento dos serviços mais demandados e dos principais problemas/ motivos que levam os usuários a buscarem os serviços;
- Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços das UBS, através dos aspectos: referência para primeiro contato; resolutividade dos serviços, visitas domiciliares, acesso/acessibilidade, gratuidade, pontos positivos e negativos do serviço;
- Avaliar a satisfação dos usuários com o desempenho dos serviços de: consulta médica, enfermagem, odontologia, farmácia, sala de vacinas, recepção, visita do agente de saúde, limpeza e agendamentos.

A motivação para a realização deste estudo foi norteada pelas seguintes questões: A população conhece a Estratégia Saúde da Família? Esta estratégia atende às expectativas da população?

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico é apresentado em três seções. A primeira discute a saúde pública no Brasil e a Estratégia Saúde da Família, as duas seções seguintes tratam da avaliação e satisfação nos serviços de saúde.

4.1- A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

A saúde pública no Brasil até os anos de 1980 se caracterizou pela limitação do acesso aos trabalhadores, vinculados ao sistema previdenciário, através de relação de trabalho formal e regular, sendo a assistência direcionada à cura individual e dependente de tecnologia e de recursos de especialistas. Nessa década reforçaram-se as lutas sociais e as políticas por redemocratização. Buscava-se um modelo de saúde universal, integral e descentralizado (SANTOS, 2009, p.90).

As mudanças iniciaram com o movimento denominado de Reforma Sanitária, um movimento vitorioso, que organizou e articulou a sociedade para a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. O relatório da conferência serviu de base para a elaboração da Constituição Federal em 1988, inscrevendo a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, o que culminou na criação do Sistema Único de Saúde - SUS. A sua regulamentação foi estabelecida em 1990 pelas leis n. 8.080 e 8.142 (SANTOS, 2009).

A seção II da Constituição Federal Brasileira, que trata da Saúde, confere à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (CONST. FEDERAL, 1988).

Segundo Souza (2008), toda essa mudança no sistema de saúde ocorreu em um momento histórico em que a doutrina neoliberal nos países capitalistas centrais

rompiam com o padrão de proteção social público e universal e ao mesmo tempo em que o Brasil enfrentava mais uma crise fiscal e financeira. Esse contexto em que se estabeleceu o SUS se refletiu no que diversos autores denominaram como “universalização excludente”, distanciando o sistema dos ideais que o motivaram. Para Mendes (1990) esse termo significa a universalização do sistema de saúde acompanhado da exclusão de segmentos sociais de classes médias e de operariado qualificado.

Os anos 90 foram marcados por uma crise da saúde, necessitando de reformas que levaram o governo a estabelecer algumas propostas que podem ser resumidas em três grandes blocos: a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde; a inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrada; e a ênfase na efetividade clínica (resultado das ações de saúde). Pode-se agregar, ainda, outra proposta, ainda não tão disseminada quanto às demais, mas que certamente será um dos eixos de futuras reformas: as mudanças da concepção de saúde e do papel dos usuários nos sistemas de saúde (DAL POZ; VIANA, 1998).

Foi neste cenário de crise que nasceu o Programa Saúde da Família em 1994. Constituindo-se em uma estratégia de reforma incremental na saúde no Brasil, tendo em vista que o programa propõe mudanças importantes no financiamento do sistema de saúde e nas práticas assistenciais (DAL POZ; VIANA, 1998).

Assim, o PSF foi concebido em uma reunião ocorrida em dezembro de 1993 com o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde com apoio do UNICEF. A nova proposta surgiu a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar profissionais para que os agentes não trabalhassem de forma isolada. Cabe ressaltar que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento de modelos semelhantes no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (ROSA; LABATE, 2005).

O Programa Saúde da Família foi concebido para contribuir com a organização dos sistemas locais de saúde e reordenação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e

recuperação. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social.

Para Brasil (2001, p. 5) o objetivo do Programa Saúde da Família é:

Reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O Programa Saúde da Família, de acordo com Brasil (2001), atua com base em quatro princípios básicos:

- Caráter substitutivo com alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde;
- Integralidade e hierarquização com adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ação, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência aos demais níveis de atenção;
- Territorialização e adscrição da clientela incorporando o território enquanto espaço de abrangência definida sendo responsável pelo acompanhamento das famílias adscritas;
- Equipe multiprofissional composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família reforça os preceitos do SUS, baseada em equipes multiprofissionais que se responsabilizam pela atenção integral e contínua das famílias residentes no território de abrangência.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por: um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

As equipes devem se organizar visando à saúde da população e a geração de impactos positivos nos indicadores de saúde. Portanto, organizam-se diferentemente do modelo hegemônico, pautado na atenção curativa das doenças. Para que isso ocorra, exige-se das equipes alguns atributos: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; fazer um diagnóstico dos problemas de saúde e das situações de risco mais comuns as quais a população está exposta; elaborar um plano de enfrentamento para esses problemas juntamente com a comunidade; fortalecer os laços com as famílias para a criação de vínculos; realizar visitas domiciliares; resolver problemas de saúde no nível da atenção básica; garantir acesso à continuidade do tratamento referenciando aos demais serviços quando necessário; prestar assistência integral; organizar grupos de educação em saúde; incentivar a participação popular nas decisões de saúde, entre outras (DUNCAN, 2004) .

O Sistema Único de Saúde avançou muito nos últimos anos e grande parte destes avanços se deve à organização e ao desempenho da Atenção Básica, sobretudo da Estratégia de Saúde da Família. Atualmente o SUS vive um momento de consolidação, sendo necessário ainda enfrentar alguns desafios como financiamento insuficiente, dificuldades de acesso em alguns serviços, baixa qualidade e resolutividade na atenção.

O avanço da saúde da família comprova-se com a rápida expansão na maioria dos estados brasileiros, com ótima adesão dos municípios. Em face disto, faz-se necessário avaliar essa política de saúde que está em curso há mais de quinze anos no país e há nove em Ajuricaba.

4.2 - AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

Avaliar significa atribuir valor ou mérito a uma coisa de acordo com determinados critérios de valor com que se emite o juízo, portanto não é um processo imparcial, pois sofre influência da visão de mundo dos que exercem essa ação, no caso os avaliadores (ADAMI; MARANHÃO,1995) .

Esse conceito é complementado por Contandriopoulos et al. (1997) dizendo, que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A realização de uma avaliação pode ter várias funções e servir a diversos interessados: aos tomadores de decisão, que podem decidir com mais informações relevantes a respeito de suas questões; aos trabalhadores, que podem melhorar o seu desempenho e o dos projetos nos quais estão envolvidos; aos financiadores, que podem analisar se seus investimentos estão sendo apropriados; à população, que pode decidir se lhe agradam ou não os projetos em andamento (MALIK; SCHIESARI, 1990).

A avaliação, quando utilizada pelos trabalhadores da saúde pode ser um instrumento para controlar a implementação do programa e os rumos das mudanças em direção aos objetivos propostos (KUSCHNIR; CHORNY e LIRA, 2010).

Apesar deste imenso potencial o ato de avaliar infelizmente está associado, na maioria das vezes, a uma idéia negativa, sendo que os avaliados geralmente percebem a avaliação como algo ruim, como resultante de possíveis ações punitivas (BRASIL, 2011).

No entanto para ser útil ao serviço, a avaliação deve ser vista pela gestão e equipe como um instrumento de mudanças e não uma ameaça, devendo ser utilizada como incentivador na modificação dos fatores identificados como negativos.

Para tanto, a avaliação como instrumento de tomada de decisão, deve possuir o objetivo de se constituir em elemento capaz de produzir as respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado (NOVAES, 2000).

O Ministério da Saúde vem a algum tempo tentando implantar mecanismos de avaliação nos serviços públicos de saúde. A mais recente foi lançada em 2011, através da portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho, que é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Esse programa é uma estratégia para avaliar a qualidade da Atenção Básica e estimular a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços no país. O principal objetivo do programa segundo Brasil (2011) é:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Outro mecanismo de avaliação, lançada também em 2011, foi o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS. Este se propõe a avaliar o desempenho dos sistemas de serviços de saúde do SUS, para subsidiar os gestores a imprimirem mais qualidade a esse sistema, objetivando a defesa e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O programa leva em consideração a importância de serem avaliados os aspectos do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da atenção, assim como a satisfação dos usuários.

Percebe-se na literatura que há vários autores interessados em descrever métodos para avaliar o serviço de saúde, nas mais diversas dimensões, incluindo, mais recentemente, o nível de satisfação dos usuários com o serviço. A definição do foco da avaliação depende diretamente da seleção das características dos serviços de saúde e do objetivo do estudo.

Entre os principais autores que se empenharam em estudar avaliação em saúde, está Avedis Donabedian. Para Donabedian¹ *apud* Starfield (2004) a avaliação dos serviços de saúde tem enfoque na qualidade e deve ser realizada sob três aspectos: estrutura, processos e resultado. Por estrutura, entende-se os recursos físicos, humanos, materiais e equipamentos e, financeiros, necessários à prestação da assistência médica. O processo envolve os profissionais de saúde e os usuários, incluindo o diagnóstico, tratamento e a relação entre profissional e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, incluindo a saúde, a satisfação e a expectativa dos usuários.

Já Motta e Pellenz (2005) afirmam que os serviços de saúde necessitam serem avaliados quanto ao seu desempenho, para fornecer aos gestores indicadores de qualidade. Pois a maioria dos serviços já possui dados gerados através dos sistemas de informações. Uma avaliação a partir da ótica dos usuários do sistema de saúde viria a acrescentar informações que os sistemas não contemplam.

Entende-se por desempenho de um serviço de saúde, as ações que constituem a oferta e o recebimento dos serviços, assim, existindo dois componentes: o daqueles que ofertam a atenção e o daqueles que recebem a atenção ofertada (STARFIELD, 2004).

No entanto, Tanaka e Melo (2004) apud Righi (2010) afirmam que para a realização de avaliação dos serviços de saúde, deve-se ter em mente, que a finalidade dos serviços são os usuários e que esses devem fazer parte do processo de organização.

A opinião dos usuários que recebem os serviços reflete na utilização, aceitação e satisfação, entendimento e concordância. Primeiramente as pessoas decidem se e quando vão usar o serviço de saúde. Se o utilizarem, chegam a uma compreensão sobre o que este serviço lhe oferece e, então, decidem o quão estão satisfeitos com o atendimento e se aceitarão as orientações dos profissionais de saúde. Posteriormente, decidem sobre o quanto querem participar do processo, podendo optar por seguir as recomendações, modificá-las ou desrespeitá-las (STARFIELD, 2004).

Nesse sentido, são importantes as avaliações que permitem a manifestação do usuário, conferindo-lhes voz para que possam expressar as suas percepções sobre as mais diversas dimensões do serviço, avaliando as suas características.

4.3- A SATISFAÇÃO COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO:

A avaliação em saúde é conceituada e estudada por diversos autores, tanto na literatura nacional quanto internacional. Conforme afirma Esperidião e Trad, (2006, p.1268):

Os estudos de satisfação de usuários ganharam destaque na literatura principalmente na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade. Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde. No Brasil, os estudos se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

O interesse pelo tema teve reforço quando estudos demonstraram que usuários satisfeitos tendem a aderir melhor ao tratamento, a fornecer informações importantes para o provedor, a continuar utilizando os serviços de saúde e ainda que são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

A satisfação pode ser entendida como sendo o acúmulo de experiências vividas em relação aos serviços utilizados juntamente com as projeções das expectativas dos usuários em relação ao desempenho e a qualidade do sistema. Este conceito diz respeito

à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. (SILVA; FORMIGLI *apud* GOUVEIA, 2009).

Existem várias linhas de análise da satisfação: os economistas têm usado a aferição da satisfação como representação da qualidade, já os psicólogos utilizam esta percepção/expectativa como antecedente da satisfação. O nível de satisfação dos usuários serve como uma medida para se verificar o desempenho global do sistema em relação às suas expectativas (GOUVEIA, 2009).

Considera-se relevante conhecer a percepção dos usuários sobre a prática da Estratégia Saúde da Família, pois, de acordo com Teixeira (2004), a comunidade é a razão da existência do mesmo, favorecendo com isso a humanização do serviço e exercitando a aceitação da visão e da percepção do outro. Constitui-se assim, uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também de melhor adequação do serviço às expectativas da sua população alvo.

Os métodos avaliativos que consideram a percepção do usuário, também reafirmam os direitos individuais e de cidadania, como os expressos nos conceitos de humanização. Sendo que desde os anos 90 a idéia de humanização passou a fazer parte dos atributos do sistema de saúde, inicialmente como princípios que criticavam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e que mais tarde são traduzidas em diferentes propostas, visando modificar as práticas assistenciais (VAITSMAN; ANDRADE *apud* DIAS; RAMOS e COSTA, 2010).

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado (SILVA; FORMIGLI, 1994).

As pesquisas realizadas nos últimos 10 anos sobre a satisfação dos usuários com os serviços da saúde mostraram que os usuários valorizam a comunicação, a informação recebida, a relação entre o profissional e o paciente, a capacidade resolutiva do serviço, a continuidade do tratamento e o ambiente físico das unidades de saúde (SERAPIONI, 2009).

Isso se confirma em um estudo qualitativo realizado na cidade de Pelotas/RS, para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos na atenção primária à saúde, que demonstrou do ponto de vista dos pacientes, que a satisfação dos serviços de saúde está relacionada com a resolução do problema que motivou a consulta médica. Outro fator de satisfação foi à disponibilidade de medicamentos, também associado com a capacidade resolutiva do serviço (HALAL *et al.*, 1994).

Os enfoques teóricos encontrados para a compreensão da satisfação de usuários de serviços de saúde são, de acordo com Esperidião e Trad (2006), abordagens predominantemente da escola de psicologia social, a saber: teoria da atitude, teoria da discrepância, teoria da realização e teoria da equidade (conforme o quadro explicativo abaixo). Essas teorias centram-se nos aspectos psicológicos dos usuários como crenças, expectativas e percepções.

Quadro 1: Teorias produzidas acerca da Satisfação dos usuários

Teorias	Autores	Descrição
Teoria da Atitude	Linder-Pelz	Considera a satisfação uma atitude de avaliação positiva ou negativa feita pelos indivíduos sobre um determinado produto/serviço ou um dos aspectos que o compõem.
Teoria da Discrepância	Sitzia e Wood; Fox e Storms; Carr-Hill	Considerada a teoria mais utilizada nas pesquisas de satisfação. A partir das discrepâncias ou diferenças entre as expectativas e a percepção das experiências dos indivíduos é que os níveis de satisfação são identificados.
Teoria da Realização ou Confirmação da expectativa	Fitzpatrick e Hopkins	Propõe-se a compreender a demonstração da satisfação dos indivíduos quando estes recebem aquilo que esperavam dos serviços ou mais do que esperavam, permitindo conhecer o quanto um serviço foi melhor diante da expectativa inicial.
Teoria da Equidade	Souza; Williams	Introduzindo elementos de comparação social, postula que os

		indivíduos avaliam produtos/ serviços segundo critérios de equidade, ou seja, em termos de “ganhos” ou “perdas” na comparação com outros indivíduos
Teoria dos Quatro Estágios	Swan	Teoria de “Modelos Combinados”, composta por quatro constructos básicos: 1 - a percepção do desempenho do serviço; 2 - a confirmação da expectativa; 3 - a satisfação geral; e 4 - a intenção de visitar ou evitar o serviço no futuro.

Fonte: COSTA e RAMALHO, 2010, p. 63

5- MÉTODO

Trata-se de um estudo com orientação metodológica quantitativa, com objetivo descritivo do tipo levantamento ou survey. Optou-se por levantamento, pois este tipo de pesquisa permite conhecer diretamente a realidade estudada, sem o risco de interpretações subjetivas do pesquisador e, também, pelo fato de ser econômica e rápida.

O objeto de estudo serão os usuários dos serviços de saúde de Ajuricaba/RS, que compreendem as três Unidades Básicas do município com Estratégia de Saúde da Família implantadas e que abrangem 100% do município.

A população do município, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB é de 7.552 pessoas distribuídas em 2.469 famílias, sendo esta a população que participará do estudo.

5.1- AMOSTRAGEM:

Os estudos do tipo levantamento abrangem um universo de elementos tão grande, que seria impossível considerá-los em sua totalidade. Por essa razão freqüentemente se trabalha com amostra, ou seja, uma pequena parte dos elementos que compõem o todo (GIL, 1989).

Para fins deste estudo, a pesquisa foi realizada por amostragem do tipo aleatória simples, selecionada de forma sistemática, ou seja, de forma com que as famílias possam ser identificadas pelas suas posições. A seleção indicada foi realizada tendo em vista que a pesquisa de campo foi feita em regiões de maior densidade demográfica, tanto na área urbana como na rural de Ajuricaba. Esta forma foi adotada, considerando que, teoricamente, todas as famílias do município estão adscritas a Estratégia de Saúde da Família (Apêndice 1).

Neste caso, a listagem das famílias para um sorteio probabilístico simples é dificultado pelo fato de que não existir uma listagem específica para as famílias que freqüentam as UBS e as que não freqüentam

Os pré-requisitos para a participação no estudo são:

- Ter mais de 18 anos e;
- Ser morador do município de Ajuricaba/RS e estar cadastrado no PSF há pelo menos 1 ano e;
- Ter utilizado o serviço de saúde a que pertence no ano de 2011;

Nesse caso a amostragem sistemática foi escolhida porque permite que, caso a unidade sorteada não atenda aos pré-requisitos definidos para a pesquisa, possa ser substituída por uma na seqüência espacial.

Ao mesmo tempo, a amostragem sistemática agrega ao sistema uma aleatoriedade com caráter probabilístico, garantindo, a cada família, chances iguais de comparecer à amostra. Para garantir a aleatoriedade da seleção, foi, então, adotada uma amostragem sistemática, realizando as entrevistas em 1 em cada 12 casas, independentemente do gênero da pessoa que atende ao chamado na residência, na faixa etária de 18 a 80 anos. A “amostragem sistemática sorteia sistematicamente a k-ésima unidade, tal que $k = N/n$, forma um sistema de sorteio. Inicialmente dentro de k-unidades, sorteia-se a primeira e depois se aplica o sistema adotado.” (FRICKE et all, 2009, p 116).

Tabela 1: Distribuição da população de 18 anos ou mais de Ajuricaba/RS.

Faixa etária	População		Amostra	
	nº	%	nº	%
População residente				
Menos de 20 anos	205	3,7	3	1,1
20 a 29 anos	995	17,8	40	15,0
30 a 39 anos	1.011	18,1	45	16,9
40 a 49 anos	1.177	21	63	23,6
50 a 59 anos	906	16,2	55	20,6
60 a 69 anos	633	11,3	39	14,6
70 anos ou mais	666	11,9	22	8,2
Total	5.593	100	267	100,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Tratamento Estatístico

O tamanho da amostra foi determinado por meio da fórmula de dimensionamento amostral de Cochran, (1965), para populações finitas:

$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{(N-1)\varepsilon^2 + z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$, tendo por base os dados calculados na distribuição da população de Ajuricaba por idade na faixa de interesse (18 anos ou mais).

Esta distribuição evidenciou os seguintes parâmetros: média, $\mu = 46,65$ anos, desvio padrão, $\sigma = 17,776$ anos, e coeficiente de variação, $CV = ,38$, tendo sido fixados Erro relativo máximo de amostragem em $E_r = 0,0435$ e uma confiabilidade mínima de $P_f = 95\%$. Com esses parâmetros, obtiveram-se uma amostra de $n \geq 263,4 \approx 264$ entrevistas.

Considerando as distribuições das famílias por local de moradia e por Equipe ESF, obtivemos o seguinte delineamento aproximadamente:

Tabela 2: Delineamento amostral

Variáveis	Famílias	%	Amostra prevista	Amostra realizada
Equipes *				
ESF 1	801	32,44	86	106
ESF 2	854	34,59	91	120
ESF 3	814	32,97	87	41
Total	2469	100,00	264	267
Local de moradia				
Meio Urbano	1.481	59,97	158	183
Meio Rural	988	40,03	106	84
Total	2.469	100,00	264	267

Fonte: Tratamento Estatístico. SIAB-2011 * Auto declarada

Entende-se que este delineamento é, aproximadamente, o que ocorrem na pesquisa de campo, podendo apresentar pequenas alterações em função do tipo de amostragem realizada: sistemática como foi descrito acima.

Constatou-se que, em torno de 30% das residências eram de pessoas que não utilizavam as UBS. De forma geral, foram entrevistados 267 usuários, o que se constituiu a amostra final, considerando-se que não pertenciam à amostra pessoas que não utilizaram os serviços no último ano.

5.2-COLETA DE DADOS:

Para a coleta de dados nos levantamentos podem ser utilizados: o questionário, a entrevista e o formulário. Por questionário entende-se um grupo de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado. A entrevista, por sua vez, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas: uma delas faz as perguntas e a outra responde. Por fim, formulário pode ser definido como a técnica em que o pesquisador formula questões previamente e anota as respostas (GIL, 1989).

Neste estudo, para obtenção dos dados, optou-se por realizar entrevistas, pois é o procedimento mais usual no trabalho de campo, sendo que através dela busca-se obter informações contidas nas falas dos usuários. A entrevista na visão de Minayo (1994) é entendida como uma conversa com propósitos bem definidos, não sendo despretensiosa e nem neutra, uma vez que o pesquisador a realiza com intenção de coletar dados relatados sobre uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Para Gil (1989) a entrevista é a forma mais flexível dentre as técnicas de interrogação, sendo aplicável a um maior número de pessoas, inclusive àquelas que não sabem ler ou escrever, possibilitando ainda o auxílio ao entrevistado com dificuldades para responder, bem como a análise do seu comportamento não verbal.

Em geral, as entrevistas podem ser estruturadas, semi-estruturadas e não estruturadas. Para Chizzotti (1995, p.57) quando são pretendidas respostas que traduzam o posicionamento do entrevistado, o fruto de sua reflexão, a melhor maneira de fazê-lo é a partir de um instrumento com entrevistas semi-estruturadas. Neste trabalho, optou-se por realizar perguntas semi-estruturadas, por concordarmos com os autores, que assim responderiam, de forma mais completa, os questionamentos que levaram a desenvolver esta pesquisa e ainda, pois, segundo Gil (1989) as questões semi-estruturadas permitem serem guiadas por pontos de interesse que se deseja explorar ao longo da sua condução.

A pesquisa de campo ocorreu entre os dias 19 a 24 de janeiro de 2012. Sendo as famílias abordadas em seus domicílios por cinco entrevistadores, contratados e treinados para esse fim, sob a supervisão de um coordenador de campo, privilegiando-se, além dos residentes da cidade, os das localidades do meio rural.

As entrevistas foram realizadas a cada 12 residência, em caso de recusa de resposta ou não cumprimento dos pré-requisitos, a família seguinte era abordada. Os entrevistados foram informados sobre a natureza, objetivo e responsabilidade da pesquisa, bem como dos seus direitos enquanto entrevistado através da leitura e assinatura de um TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:

Primeiramente, os dados foram tratados estatisticamente de modo a resguardar a identificação dos entrevistados. Sendo que:

- O instrumento de Pesquisa (Apêndice 1) foi organizado de acordo com os seguintes aspectos: perfil dos usuário do PSF; padrão de utilização das UBS e Avaliação do desempenho dos serviços oferecido nas UBS pelas equipes de Saúde da Família. As questões básicas do Perfil dos Usuários do PSF referem-se a dados que o identificam como gênero, idade, escolaridade, local de moradia, renda familiar, atuação profissional, e composição familiar. O padrão de utilização das UBS será traçado através dos dados de utilização dos serviços: quais os serviços mais demandados e os principais problemas/ motivos que levam a procurar as unidades de saúde. A avaliação do desempenho concentrou-se nos seguintes itens: primeiro contato com o serviço de saúde (porta de entrada), resolutividade, visitas domiciliares, acesso e acessibilidade ao serviço, gratuidade, aspectos positivos e negativos do serviço e avaliação da satisfação geral e setorial com os serviços das UBS (conforme o quadro abaixo).

Quadro 2: Descrição dos aspectos avaliados no presente estudo através do desempenho e satisfação dos usuários e respectivos indicadores utilizados:

Aspecto	Descrição	Indicador utilizado
Local de primeiro contato	Uso da unidade como local de primeiro contato	Primeiro local que busca atendimento no caso de doença?
Resolutividade	Capacidade de resolver a maior parte dos problemas demandados pelos usuários, encaminhando somente nos casos que ultrapassam a sua capacidade.	Na última vez em que esteve no posto de saúde seus problemas foram resolvidos?
Visitas domiciliares	Atribuição comum a todos os profissionais do PSF, em especial do ACS: realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente	Recebe a visita domiciliar de alguém do PSF? De quem? Qual a frequência? Se não, por quê? É importante para a família receber a visita? Por

	no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários.	quê?
Acesso/ acessibilidade	Acesso organizacional: características do serviço que facilitam ou atrapalham os esforços dos usuários para chegarem ao atendimento (STARFIELD, 2004). Aqui compreendido como o grau de facilidade com que a pessoa obtém o cuidado de saúde.	Quando procura atendimento na UBS consegue no mesmo dia? Quantos dias se passam desde a procura pelo serviço até o dia da consulta? Quanto tempo leva em média para ser atendido (agilidade no atendimento)?
Gratuidade	Direito constitucional, garantido no art. 196 da Constituição Brasileira (1988): “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.	Na última vez em que consultou no posto de saúde quantos medicamentos e exames foi capaz de obter gratuitamente?
Avaliação da satisfação	Percepção subjetiva dos usuários sobre os serviços prestados nas UBS.	Pontos positivos e negativos do PSF; avaliação geral do PSF e dos setores: consulta médica; enfermagem; recepção; odontológico; ACS; Farmácia; sala de vacinas; limpeza e organização; agendamento de consultas.

Fonte: Aquilla, Tatiana Dall’Ago

- Os bancos de dados foram digitados em planilha do Excel. Nessa planilha os dados fechados foram codificados em conformidade com o código atribuído no instrumento de investigação e as questões abertas foram tratadas pela ACM – Análise de Classificação Múltipla – conforme Metodologia de Fricke (2005). Por este método as respostas abertas são avaliadas e encontra-se em cada uma delas múltiplos argumentos que são sistematizados de forma a conhecer as prioridades argumentativas dos entrevistados para a questão. Após a digitação e da revisão dos mesmos os dados foram exportados para o SPSS versão 17.0 para serem tratados estatisticamente.

- Tratamento dos dados foi realizado conforme sugere Fricke (2002), Triola (1999) de forma a sistematizar as respostas em tabelas simples e cruzadas considerando as frequências absolutas e relativas. Este tipo de tratamento estatístico

permite descrever o conjunto de dados de forma concisa e visível. Conforme Fricke, (2002), também foram calculadas as medidas descritivas para a idade e a renda pessoal e organizadas as faixas de distribuição das mesmas. As indicações ocorreram de forma a discriminar o PSF ao qual o usuário pertence, de forma que foram observados os resultados particularmente para cada um e no geral do município. Desta forma, o tratamento estatístico foi realizado concentrando todas as indicações e calculando os percentuais de famílias entrevistadas em cada situação. Com isso, temos um % de indicações sempre relativas à $n=267$ e por PSF. Ao cruzarmos as variáveis foi avaliado o potencial de generalização das associações verificadas entre as variáveis cruzadas. Este tratamento consiste na aplicação de Testes Estatísticos com Métodos de Qui-Quadrado para Análise de Associação segundo Siegel (1956), Fricke (2009).

6- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 267 famílias do município de Ajuricaba/RS. Para fins desta pesquisa foi considerado como entrevistado, representante da família, aquela pessoa que recebeu o entrevistador na residência, que atendia aos critérios do estudo e que consentiu responder ao instrumento naquele momento.

As três primeiras questões realizadas nas entrevistas foram utilizadas para saber se o entrevistado se enquadrava nos critérios estabelecidos na pesquisa e, portanto, não serão aqui analisadas.

6.1- O PERFIL DOS USUÁRIOS DAS UBS DE AJURICABA

Distribuição dos entrevistados por gênero:

A tabela 3 mostra o percentual, por sexo, dos usuários que utilizam os serviços das UBS em Ajuricaba e que responderam ao questionário.

Tabela 3- Perfil do usuário do PSF quanto ao sexo – Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Sexo	N	%
Masculino	80	30,0
Feminino	187	70,0
TOTAL	267	100,0

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Analisando a tabela, percebe-se como fator marcante a predominância de usuários do sexo feminino, com 70,0% do total. Esse fato revela que a grande maioria dos usuários do SUS são mulheres, ou ao menos que são essas as responsáveis por procurar auxílio nos serviços de saúde em caso de adoecimento de algum membro da família.

Distribuição dos entrevistados por faixa etária:

Em relação à distribuição por faixa etária dos usuários, observa-se na tabela abaixo, que predomina a faixa etária adulta, compreendida entre os 40 a 49 anos, com

23,6%, seguidos pelos de 50 a 59 anos, com 20,6%. Em terceiro lugar encontram-se os usuários entre 30 a 39 anos, com 16,9%.

Tabela 4: Perfil do usuário do PSF quanto à faixa etária – Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

(n = 267)	Nº	%	% Acumulado
Faixa etária			
15 a 19 anos	3	1,1	1,1
20 a 29 anos	40	15,0	16,1
30 a 39 anos	45	16,9	33,0
40 a 49 anos	63	23,6	56,6
50 a 59 anos	55	20,6	77,2
60 a 69 anos	39	14,6	91,8
70 anos ou mais	22	8,2	100,0

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Distribuição dos usuários entrevistados segundo o grau de escolaridade:

A tabela 5 apresenta a distribuição dos usuários entrevistados de acordo com o seu grau de instrução referido no momento da coleta dos dados. Observa-se que, a maioria dos usuários das UBS possuem o Ensino Fundamental incompleto (1 a 4 série), com 39,7% do total de entrevistados. Em segundo lugar encontram-se os usuários com ensino fundamental completo, totalizando 30%, seguidos pelos usuários com ensino médio completo, com 15,7%. Chama a atenção que, a maior parte dos entrevistados, possuem baixa escolaridade.

Tabela 5: Perfil dos usuários do PSF quanto ao grau de escolaridade- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Grau de escolaridade	N	%
Não frequentou a escola	14	5,2
Ensino Fundam. (1ª a 4ª série)	106	39,7
Ensino Fundam. (5ª a 8ª série)	80	30,0
Ensino Médio (Incompleto)	14	5,2
Ensino Médio (Completo)	42	15,7
Ensino Superior (Incompleto)	5	1,9
Ensino Superior (Completo)	4	1,5
Pós-graduação	1	0,4
Total	266	99,6
NR	1	0,4
TOTAL	267	100,0

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Distribuição dos entrevistados por localidade no município de Ajuricaba/RS:

As entrevistas foram realizadas na área urbana e rural do município, na tentativa de contemplar a maioria das localidades, para tanto participaram do estudo 49 representantes de famílias do centro (18,4%), 134 representantes de famílias dos 3 bairros do município: João Carlini, Modelo e Planalto (50,2%) e 84 representantes de famílias das diversas localidades do interior (31,4%). Destes 27,3% estavam adscritos ao PSF1, 51,3% ao PSF 2 e 21,3% ao PSF 3.

Distribuição dos entrevistados por tipo de atividade que desempenha (ocupação):

No que se refere à ocupação, observou-se que a maioria dos usuários das UBS exercem atividades agrícolas (24,3%). Em segundo lugar encontram-se os aposentados (19,1%), seguidos por aqueles que exercem atividades domésticas no próprio lar (17,2), conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 6: Perfil dos usuários do PSF quanto a atividade/ ocupação que desempenham- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Atividade/ ocupação	Nº	%
Agricultura	65	24,3
Aposentado (a)	51	19,1
Do lar	46	17,2
Doméstico (a)	31	11,6
Construção	14	5,2
Autônomo (a)	13	4,9
Comércio	11	4,1
Serviços	11	4,1
Funcionário (a) Público (a)	10	3,7
Indústria	06	2,2
Ocasional	04	1,5
Beneficiário (a)	03	1,1
Desempregado (a)	01	0,4
Total	266	99,6
NR	01	0,4
TOTAL	267	100,0

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Distribuição dos entrevistados por número de moradores na residência e renda familiar média

Percebe-se que em relação à renda familiar, 6 % das famílias entrevistadas referem renda mensal menor que 1 salário mínimo; 25,8% possuem renda familiar entre

1 e 2 salários mínimos; 21% possuem renda entre 2 a 5 salários mínimos e 0,7 % tem renda familiar acima de 5 salários mínimos. Uma parte considerável dos usuários não informou a renda familiar, 46,4% dos respondentes.

Em relação à composição familiar por número de pessoas na residência, percebe-se que a maior parte das famílias são pequenas, compostas por 2 ou 3 moradores por domicílio, sendo 28,8% e 27,3% respectivamente. Apenas 4,1% das famílias são compostas por mais de 5 pessoas.

Tabela 7: Perfil do usuário do PSF quanto ao tamanho da família (em numero de moradores) e renda familiar média – Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

N = 267	Nº	%	% Válido	% Acumulado
Nº PESSOA NA FAMÍLIA				
1	18	6,7		6,7
2	77	28,8		35,6
3	73	27,3		62,9
4	61	22,8		85,8
5	27	10,1		95,9
Mais de 5 pessoas	11	4,1		100,0
FX RENDA FAMILIAR				
1/2 a 1 s. m.	16	6,0	11,2	11,2
1 a 2 s. m.	69	25,8	48,3	59,4
2 a 5 s. m.	56	21,0	39,2	98,6
Mais de 5 s. m.	2	,7	1,4	100,0
Total	143	53,6	100,0	
NR	124	46,4		

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

6.2- PERFIL DE UTILIZAÇÃO DAS UBS DE AJURICABA

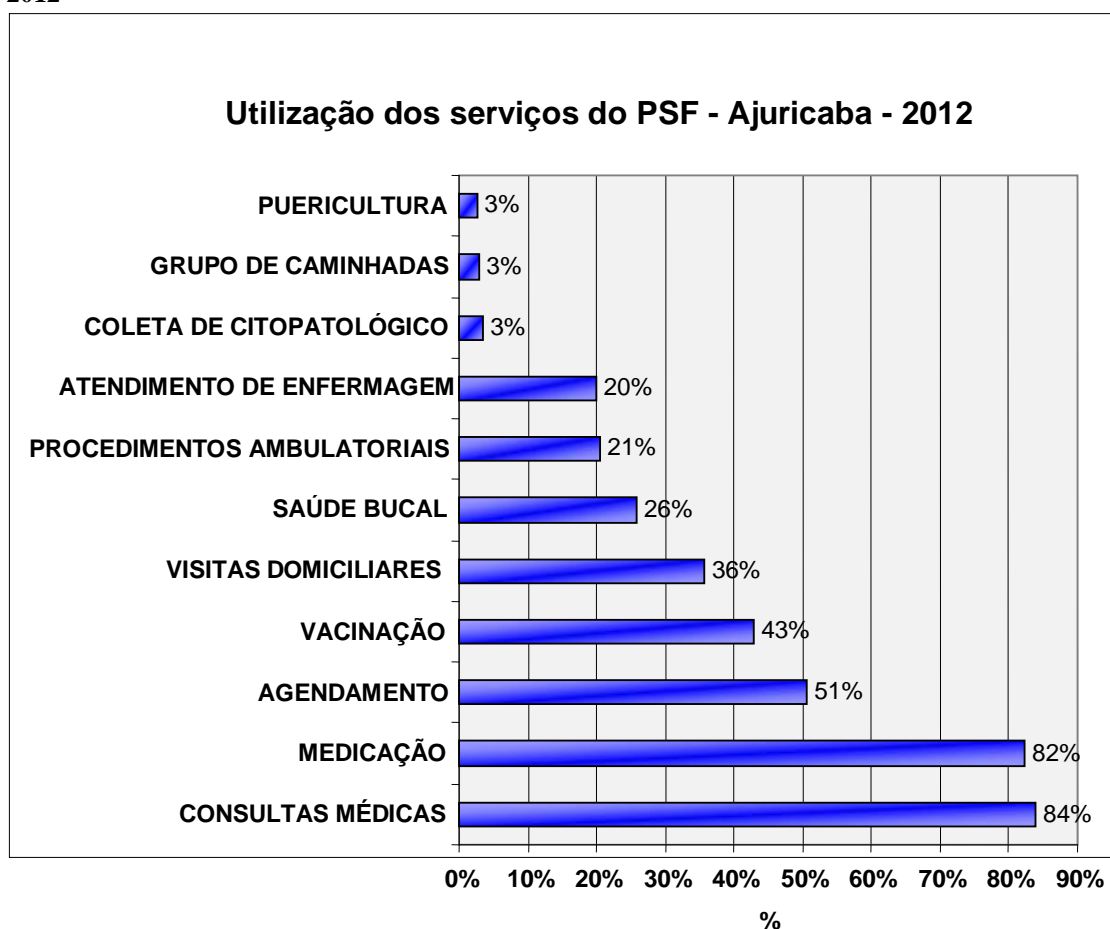
Esta etapa visa traçar o padrão de utilização das unidades básicas de saúde de Ajuricaba, através da identificação dos principais serviços demandados pela população e dos principais problemas de saúde/ motivos que levam a procurar as UBS.

Principais serviços demandados pela população nas UBS

O gráfico 1 apresenta os resultados da pergunta dirigida sobre os serviços utilizados pela família nas UBS, com intuito de saber quais os que geram maior demanda. Verifica-se que os serviços mais buscados pela população são: consultas médicas com 84%; medicação com 82%; setor de agendamento de exames e consultas

especializadas com 51%; vacinação com 43%; visitas domiciliares com 36%; atendimento em saúde bucal com 26%, procedimentos ambulatoriais com 21% e atendimento de enfermagem com 20%. Os serviços menos demandados são: coleta de citopatológico, grupo de caminhada e puericultura, cada um com 3% das respostas.

Gráfico 1- Serviços utilizados pela população nas UBS- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)- 2012



Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Quando questionados sobre os serviços utilizados nas UBS nos últimos 15 dias as respostas variaram, confirmando que os dois serviços que geram mais demanda da população são: consulta médica, em primeiro lugar, seguido por atendimento na farmácia em busca de medicamentos. Os demais serviços mais citados foram: atendimento de enfermagem com 16,3%, seguidos por atendimento ambulatorial, com 14,1%.

Tabela 8: Serviços utilizados pela população nas UBS nos últimos 15 dias - Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Serviço de saúde	Indicações	% de Indicações	% Indicações Válidas
Consultas Médicas	45	16,9	48,9
Farmácia	44	16,5	47,8
Enfermagem	15	5,6	16,3
Ambulatoriais	13	4,9	14,1
Agendamento	6	2,2	6,5
Família está bem	5	1,9	5,4
Tem Convênio	4	1,5	4,3
Vacinação	3	1,1	3,3
Saúde bucal	2	0,7	2,2
Puericultura	1	0,4	1,1

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Principais problemas/ motivos que levam a procurar a UBS

Na tabela 9 visualizam-se os principais problemas de saúde que levam a população a procurarem a consulta médica UBS. Para facilitar a visualização e a análise de conteúdo, as respostas foram agrupadas em categorias. As que continham a consulta médica como motivo de procura ao serviço foram sub-divididas em: Consultas por doenças crônicas, por doenças agudas e por doenças não especificadas. Quando o motivo de procura pelo serviço não era consulta médica foram divididas em: farmácia, outros profissionais de nível superior (dentista, enfermeira, fisioterapeuta), setor de agendamento de exames e consultas especializadas, não frequentou ultimamente, ambulatório, sala de vacinas e outros.

Tabela 9: Problemas/Motivos que levam os usuários buscarem as UBS, segundo categorias de análise- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Motivo de procura da UBS	N	%
Consulta médica por doenças Crônicas	97	36,3
Consulta médica por doenças não especificadas	74	27,7
Consulta médica por doenças agudas	70	26,2
Farmácia	48	18,0
Atendimento outros profissionais de nível superior	14	5,2
Setor de agendamento de exames e consultas especializadas	12	4,5
Não foi ao posto ultimamente/ não necessitou	9	3,4
Outros	8	3,0
Vacina	7	2,6
Ambulatório	6	2,2

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Os dados da tabela acima confirmam que as maiores procuras nas UBS são por consultas médicas, totalizando 241 entrevistados. Dentre estas, as doenças crônicas são as que mais geram demanda por atendimento (36,3%), seguido das doenças não especificadas (27,7%) e das doenças agudas (26,2%).

Essa demanda referida por consultas médicas em maior escala, condiz com o modelo médico centrado, ou seja, a procura por atendimento no caso de doenças continua sendo a figura do médico. Essa pergunta também identificou que os usuários procuram as UBS para os casos de doenças e raramente referiram-se a prevenção como sendo o motivo para atendimento.

6.3- AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DAS UBS DE AJURICABA

Esta etapa de avaliação visa identificar se as UBS estão sendo utilizadas pela população como local de primeiro contato com o sistema de saúde; se os serviços estão sendo resolutivos para os problemas demandados pela população; qual a percepção sobre as visitas domiciliares; como está o acesso ao serviço; quais os pontos positivos e negativos do PSF e por fim a avaliação da satisfação com os serviços oferecidos.

Local de primeiro contato com o sistema de saúde

Os dados apresentados na tabela 10 mostram a distribuição dos entrevistados segundo locais de atendimento em caso de problema de saúde na família. Em primeiro lugar, encontra-se os postos de saúde, totalizando 66,3%. Em segundo lugar o hospital do município, com 12% e com 11,6 % os usuários que procuram ambos os serviços. Isso demonstra que a UBS está sendo utilizada como local de primeira escolha pela população para os problemas de saúde, seguido pela instituição hospitalar do município.

Tabela 10: Distribuição dos entrevistados por locais de atendimento em caso de problemas de saúde- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Serviço de Saúde	Nº	%
Posto de Saúde	177	66,3
Hospital do Município	32	12,0
Posto de Saúde e Hospital do Município	31	11,6
Consultório Médico	14	5,2
Posto de Saúde e Consultório Médico	5	1,9
Hospital do Município e fora do município	2	0,7
Posto de Saúde, Hospital do Município e Consultório Médico	2	0,7
Hospital fora do Município	1	0,4

Serviço de Saúde	Nº	%
Posto de Saúde e Hospital fora do Município	1	0,4
Hospital do Município e Consultório Médico	1	0,4
Posto de Saúde, Hospital do Município e fora do município	1	0,4
Total	267	100,0

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Resolutividade dos serviços da UBS para problemas demandados pela população

Quando questionados sobre a resolução dos problemas na última vez que procuraram as UBS, 88,4% dos usuários entrevistados responderam que sim, tiveram seus problemas resolvidos. A não resolução dos seus problemas foi relatada por 11,2% dos entrevistados, sendo que 0,4% não responderam a pergunta.

Tabela11: Resolução dos problemas na ultima vez que procurou a UBS- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

N = 267	Nº	%
PROBLEMAS RESOLVIDOS		
Sim	236	88,4
Não	30	11,2
Total	266	99,6
NR	1	,4

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Em relação aos motivos pelos quais não tiveram seus problemas resolvidos citam-se: a necessidade de especialista; resolução parcial; não teve acesso ao médico; não conseguiu os exames gratuitamente; não conseguiu a medicação prescrita; não obteve o retorno do médico; não obteve melhora e má vontade dos profissionais.

Qualidade do atendimento da equipe do PSF

No quesito qualidade do atendimento prestado, observa-se uma situação bastante favorável ao serviço de saúde, uma vez que 91,8% dos entrevistados consideraram terem sido bem atendidos nas UBS. Apenas 7,9% citaram não terem sido bem atendidos pela equipe, sendo os principais motivos: ineficiência dos profissionais (33,3%); profissionais rudes no atendimento (28,6%); demora no atendimento (23,8%); entre outros motivos citados na tabela 12.

Conforme observado no momento das entrevistas, as referências quanto a não serem bem atendidos, dizem respeito, na sua maioria, a problemas ocorridos em um eventual atendimento prestado, e não no serviço como um todo.

Tabela 12: Qualidade do atendimento ao usuário pela equipe- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

N = 267		Nº	%
FOI BEM ATENDIDO			
Sim		245	91,8
Não		21	7,9
Total		266	99,6
NR		1	,4
PQ_NÃO ATENDEU BEM			
Mau atendimento (n=21)	Indicações	% de indicações	
Profissionais ineficientes	7	33,3	
Profissionais rudes	6	28,6	
Demora no atendimento	5	23,8	
Agendamento	2	9,5	
Possui plano de saúde	2	9,5	
Melhorou	1	4,8	

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Visitas Domiciliares do PSF

A maioria da população ao ser questionada respondeu que recebe a visita domiciliar do PSF (80,6%), sendo que 94,3 % afirmam que a visita é realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) em frequência mensal, para 77,1% dos entrevistados. Afirmaram não receber as visitas domiciliares de nenhum profissional da saúde, 9,4% dos usuários.

Nas respostas dos entrevistados, chama a atenção o fato de não conter referências de visitas domiciliares por outros integrantes da equipe (médicos, enfermeiras, técnicas) que não os ACS.

Dentre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a principal delas é a visita domiciliar para todas as famílias de sua micro-área, no mínimo uma vez ao mês. Em Ajuricaba, a visita dos demais profissionais acontece de acordo com a necessidade levantada pelos próprios ACS ou pela família.

Para o PSF o foco principal deve ser a família e o seu domicílio, sendo que as visitas devem ser realizadas por todos os integrantes da equipe, para que os mesmos conheçam a realidade em que as famílias estão inseridas. Quanto mais os profissionais se limitarem ao atendimento nas UBS, se restringindo ao domicílio nos casos de doenças, mais difícil se tornará uma mudança no modelo de saúde e mais distante ficará dos princípios que norteiam o PSF.

Aqueles que responderam que não recebem a visita do PSF no domicílio citaram como motivos: ausência de ACS na localidade (29,4%); não recebe a visita há mais de 6 meses (23,5%); nunca recebeu a visita (9,8%); reside a pouco tempo na área (5,9%); problemas de relacionamento com o ACS (5,9%); visitam apenas os doentes (2%) e visita em horários de expediente (2%).

A importância das visitas domiciliares das equipes do PSF é reconhecida por 89,9% dos entrevistados. Estes referem como motivos da importância atribuída: a conversa com o profissional; as orientações de saúde recebida; as informações e avisos sobre as UBS; o acompanhamento da saúde da família, conforme descrito na tabela 13.

Destaca-se que, entre os motivos atribuídos a importância da visita, está a visão do Agente de Saúde como ente facilitador do acesso as unidades de saúde.

Tabela 13: Avaliação das visitas domiciliares do PSF quanto a importância e motivos da importância atribuída-Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

N = 267			
Importante	Nº	%	% Válido
Sim	231	86,5	89,9
Não	26	9,7	10,1
Total	257	96,3	100,0
NR	10	3,7	
Porque é importante			
Motivo da importância atribuída	Indicações	% indicações	
Conversa com o profissional ACS	170	63,7	
Orientações de saúde recebida	105	39,3	
Informações/ avisos sobre as UBS	90	33,7	
Acompanhamento da saúde da família	35	13,1	
Ajuda/ auxilio	26	9,7	
Desconhece/Faz nada	23	8,6	
Facilita o acesso em alguns setores	22	8,2	
Investir em Qualificação	18	6,7	

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Acesso/ acessibilidade das UBS

Ao serem questionados sobre o acesso ao atendimento, 52% dos entrevistados responderam que não são atendidos no mesmo dia em que procuram o serviço, considerando que as consultas de rotina, atendimento odontológico, exames preventivos entre outros devem ser agendadas e o teste do pezinho e algumas vacinas terem dias marcados para sua realização. Neste sentido percebe-se que os usuários demonstram o entendimento sobre o agendamento, sendo que o citam como principal motivo do não atendimento. Apesar de não serem atendidas pelo médico, todas as pessoas são ouvidas por algum profissional de saúde que realiza o acolhimento.

Tabela 14: Atendimento no mesmo dia- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

	N = 267	Nº	%	% Válido
MESMO DIA				
Sim		122	45,7	48,0
Não		132	49,4	52,0
Total		254	95,1	100,0
NR		13	4,9	

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Os entrevistados que responderam que não são atendidos no mesmo dia em que procuram as UBS, referiram que o tempo de espera entre a procura pelo serviço até o dia do atendimento é, para 35,2% dos entrevistados, menor que 7 dias; 32% responderam terem que esperar entre 7 a 14 dias, sendo que 32,8% referem demorar mais que 14 dias para serem atendidos.

Tabela 15: Tempo de espera para atendimento- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Nº de dias até o atendimento	Nº	%	% Válido	% Acumulado
Menos de 7 dias	45	16,9	35,2	35,2
7 a 14 dias	41	15,4	32,0	67,2
15 a 29 dias	25	9,4	19,5	86,7
30 ou mais dias	17	6,4	13,3	100,0
Total	128	47,9	100,0	
NR	139	52,1		
Total	267	100,0		

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Em relação à velocidade do atendimento quando acessam as UBS, 45,5 % dos usuários responderam esperar entre uma hora e uma hora e meia para serem atendidos.

Tabela 16: Velocidade do atendimento (em minutos): tempo de espera do usuário do PSF- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

fx temp médio	Nº	%	% Válido	% Acumulado
Menos de 30 minutos	49	18,4	20,9	20,9
30 a 60 minutos	25	9,4	10,6	31,5
60 a 180 minutos	107	40,1	45,5	77,0
180 minutos ou mais	54	20,2	23,0	100,0
Total	235	88,0	100,0	
NR	32	12,0		
	267	100,0		

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Gratuidade dos serviços

A tabela abaixo visa demonstrar se a população está, na sua maioria, tendo acesso gratuito aos exames e medicamentos prescritos pelos médicos do PSF. Verifica-se, em relação aos medicamentos, que o acesso gratuito a todos, somados a maioria, totaliza 65% das respostas dos entrevistados.

Em relação ao acesso gratuito aos exames solicitados, o padrão de resposta se assemelha, sendo que 70,3% dos usuários referem ter acesso a todos ou ao menos a maioria dos exames.

Conclui-se que a maior parte da população tem acesso gratuito aos medicamentos prescritos e exames solicitados pelos profissionais médicos do PSF, sendo este um fator preponderante na integralidade dos serviços de saúde.

Tabela 17- Avaliação da gratuidade do acesso aos medicamentos e a exames complementares-. Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

GRATUITO	MEDICAMENTOS			EXAMES		
	Nº	%	% VÁLIDO	Nº	%	% VÁLIDO
Todos	93	34,8	36,2	139	52,1	55,2
A maioria	74	27,7	28,8	38	14,2	15,1
Alguns	61	22,8	23,7	40	15,0	15,9
Poucos	17	6,4	6,6	12	4,5	4,8
Nenhum	12	4,5	4,7	23	8,6	9,1
Total	257	96,3	100,0	252	94,4	100,0
NSR	10	3,7		15	5,6	
Total	267	100,0		267	100,0	

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Aspectos positivos e negativos do PSF:

A baixo nas tabelas aborda-se as opiniões dos entrevistados em relação aos aspectos positivos e negativos no PSF, sendo encontrado mais que o dobro de citações para o positivo (270), em relação ao negativo (128). O aspecto mais lembrado é o atendimento em geral, referido como bom por 134 entrevistados (50,2%) e como ruim por 14 entrevistados (5,2%).

Tabela 18: Pontos positivos em relação ao PSF- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Pontos positivos	Indicações	% de indicações
Atendimento em geral	134	50,2
Acompanhamento e orientações recebidas	21	7,9
Atendimento médico	18	6,7
Atenção recebida dos profissionais	16	6,0
Gratuidade	16	6,0
Acesso a medicamentos	14	5,2
Ambiente/ estrutura física	8	3,0
Atendimento na recepção	8	3,0
Nada de bom	8	3,0
Agendamento das consultas médicas	7	2,6
Atendimento odontológico	5	1,9
Visitas domiciliares	5	1,9
Prevenção	4	1,5
Acesso a exames	4	1,5
Transporte de pacientes	2	0,7

Fonte: Pesquisa Opinião Pública. Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall'Ago – Orientador: Fabio Meira

Sobre pontos negativos do PSF, 38,2% responderam não ter nada de ruim. O aspecto mais citado como negativo é a demora no atendimento para 13, 5% dos usuários.

Tabela 19: Pontos negativos em relação ao PSF- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

Pontos negativos no PSF	Indicações	% de indicações
Nada de ruim	102	38,2
Demora no atendimento	36	13,5
Outros	18	6,7
Médicos pouco qualificados	18	6,7
Agendamento de exames/ consultas especializadas	17	6,4
Atendimento em geral	14	5,2
Falta de alguns medicamentos	8	3,0
Poucos profissionais	7	2,6
Não receber a visita do ACS	6	2,2
Atendimento na recepção	4	1,5

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall'Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Avaliação da satisfação dos usuários com o desempenho do PSF

O quadro abaixo demonstra que 71,7% avaliam como bom ou muito bom o desempenho geral das equipes do PSF em Ajuricaba.

Ao avaliar por setor, observa-se que todos tiveram mais apreciações positivas, sendo avaliados como bom e muito bom. Analisando a pontuação percebe-se que o item limpeza e organização ficou com a maior média (71,53 pontos) e visita domiciliar dos ACS com a menor média (55,53 pontos).

Tabela 20: Avaliação e pontuação para o desempenho do serviço de saúde pelo usuário no PSF- Pesquisa de avaliação de desempenho do PSF em Ajuricaba (RS)-2012

ITENS	AVALIAÇÃO					Total	Média
	M. bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo		
PONTOS	5	4	3	2	1		
Limpeza e organização	98	140	7	1	0	246	
	39,8%	56,9%	2,8%	0,4%	0,0%	100%	
	490	560	21	2	0	1073	71,53
Atendimento Farmácia	65	156	21	0	1	243	
	26,7%	64,2%	8,6%	0,0%	0,4%	100%	
	325	624	63	0	1	1013	67,53
Recepção	57	161	21	6	1	246	
	23,2%	65,4%	8,5%	2,4%	0,4%	100%	
	285	644	63	12	1	1005	67,00
Atendimento Enfermagem	64	152	17	0	1	234	
	27,4%	65,0%	7,3%	0,0%	0,4%	100%	
	320	608	51	0	1	980	65,33
Avaliação geral do ESF	48	127	64	4	1	244	
	19,7%	52,0%	26,2%	1,6%	0,4%	100%	
	240	508	192	8	1	949	63,27
Consulta médica	51	135	45	8	3	242	
	21,1%	55,8%	18,6%	3,3%	1,2%	100%	
	255	540	135	16	3	949	63,27
Sala de Vacinas	66	149	7	0	0	222	
	29,7%	67,1%	3,2%	0,0%	0,0%	100%	
	330	596	21	0	0	947	63,13
Agendamento p/ consulta médica	55	123	48	9	4	239	
	23,0%	51,5%	20,1%	3,8%	1,7%	100 %	
	275	492	144	18	4	933	62,20
Atendimento Odontológico	47	146	17	0	4	214	
	22,0%	68,2%	7,9%	0,0%	1,9%	100%	
	235	584	51	0	4	874	58,27
Visita dos ACS	55	111	26	12	12	216	
	25,5%	51,4%	12,0%	5,6%	5,6%	100%	
	275	444	78	24	12	833	55,53

Fonte: Pesquisa de Opinião Pública – Pesquisadora: AQUILLA, Tatiana Dall’Ago – Orientador: Fabio B. Meira

Os resultados encontrados neste estudo não podem ser comparados com outros realizados em outros municípios, pois a avaliação da satisfação dos usuários é algo subjetivo e particular, podendo sofrer variações advindas, do tempo, particularidades dos serviços, percepções da população, entre outros fatores.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias angústias permeiam os pensamentos dos trabalhadores de saúde, entre elas a que gerou a construção deste estudo: saber se a população está satisfeita com o trabalho das equipes de saúde da família.

Ao término deste estudo concluiu-se, que os usuários, em sua maioria, estão satisfeitos com os serviços ofertados pelas equipes de PSF nas unidades de saúde, apesar de alguns problemas apontados. Sendo assim, as angustias que muitas vezes levam os profissionais de saúde imaginar que o trabalho desenvolvido não está bom ou que este não é resolutivo, não foi evidenciado nos depoimentos da população.

Apesar das evidências apontarem que o trabalho do PSF em Ajuricaba está trilhando no caminho certo, muito ainda deve ser feito para qualificar o serviço. Considerando sempre que as mudanças deveriam ser guiadas sob o olhar dos gestores, dos profissionais e da comunidade, que é o foco do trabalho da saúde.

Avaliar, neste trabalho, a percepção dos usuários frente aos serviços prestados tem sua importância justificada no dimensionamento dos resultados das ações que vem sendo desenvolvidas no serviço municipal de saúde, porém o estudo tem suas limitações e deve ser aliado a outros enfoques para complementá-lo, como: a satisfação dos profissionais do serviço e uma criteriosa avaliação dos resultados produzidos (indicadores de saúde), podendo assim subsidiar o planejamento do serviço, a fim de preencher as lacunas existentes. Portanto, sugere-se que outros estudos devam ser realizados a fim de complementação deste, ampliando a avaliação dos serviços de saúde da atenção básica no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, N P.; MARANHÃO, A. M. S. A. **Qualidade dos Serviços de Saúde: Conceitos e Métodos Avaliativos**. Acta Paul. Enf., São paulo, v.8, n.4, p.47-55, maio/dez., 1995.
- ALMEIDA et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Ciências e Saúde coletiva, 9 (3):711 724, 2004.
- ASSIS, M. M.A.; NASCIMENTO, M. A.A e VILLA, T. C. S. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática**. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (3), p. 815- 823, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2011.
- BARBOSA, A.C.Q. et al. **Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde da família e satisfação de usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009. 82 p.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988.
- _____. Lei 8.080, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS. **Orientações para proceder auditoria na Atenção Básica**, Brasília, 2004, pg. 5 a 52.
- BUTTELLI, G.B.M. **Avaliação da Qualidade na Atenção Básica: uma análise da satisfação dos usuários e profissionais de saúde no município de São Marcos- RS**. Monografia especialização. UFRGS, Porto Alegre.
- CAMPOS, C.E.A. **Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde**. Rev. Bras. Saúde Materno Infant. vol.5, Recife, 2005
- COCHRAN, W. G. **Técnicas de Amostragem**. RJ: Fundo de Cultura, 1965.
- CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA. Disponível em: <<http://cisajui.com.br/>>. Acesso em: 11 dez.2011.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P, CHAMPAGNE F, DENIS, J.L., PINEAULT, R. A

Avaliação na área da Saúde: conceitos e Métodos. In: Hartz, Z.M.A. (org). Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais á Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p.29-47

COSTA, L.F.; RAMALHO, F. A. **Novas Perspectivas dos Estudos de Satisfação de Usuários.** Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Florianópolis, v. 15, n. 30, p.57-73, 2010.

CREVELIM, M. A., PEDUZZI, M. **A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre os trabalhadores e usuários?** Ciência & Saúde Coletiva, 10 (2), p. 323- 331, 2005.

DIAS, O.V.; RAMOS, LH e COSTA, SM. **Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários.** Revista Pró-univer. SUS, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária Baseadas em evidencias.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. **Avaliação de Satisfação de usuários: considerações teóricas- conceituais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.** Revista de Adm. Publica- RAP — RIO DE JANEIRO, 43 (1):07-22, JAN./FEV. 2009.

FONSECA, A. C. F. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família: um estudo de caso com foco na utilização dos resultados.** Tese de Mestrado, Universidade Federal da Bahia- Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2009, 86 pg.

FRICKE, R. M. **Padrões estatísticos para descrição de dados: Medidas de Tendência Central e de Variabilidade.** Programa de Incentivo à produção docente, Cadernos Unijuí. Ijuí: Ed. UNIJUI, 2002.

FRICKE, R. M. BATTISTI, I. D. E., CORRENTE, A. E. **Métodos Estatísticos e Administração.** Série EAD Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2005.

FRICKE, R. M. BATTISTI, I. D. E., CORRENTE, A. E. **Métodos Estatísticos e Administração.** Série EAD Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2009.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao_tabela_03.php?ano=2010&letra=A&nome=Ajuricaba>. Acesso em: 10 dezembro de 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1989.

GOUVEIA, C.G. **Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Sistema de Saúde Brasileiro**. Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Recife, 2009, 189 pg.

HALAL, I. S.; et al. **Avaliação da Qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil**. Rev. Saúde Pública, 1994; 28: 131-6.

KUSCHNIR, R. C. CHORNY, A.H., LIRA, A.M.L. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC: CAPES: UAB, 2010.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Vol. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MARQUES, R.M., MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cad. Saúde Pública. vol.18, Rio de Janeiro 2002.

Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 11 dez. 2011.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. Tese de doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

MENDES, E.V. **O sistema único de saúde um processo social em construção**.

CADRUHU. Texto de apoio/ unidade 1. Pg. 45-64. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em 13-12-2011.

MENDONÇA, V. R. C. **Avaliação do PSF na perspectiva do usuário: um estudo de caso no município de Volta Redonda**. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletivo, Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2007. 98f.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 16ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS.

PONTES, A.P.M; CESSO, R.G.D; OLIVEIRA, D.C e GOMES, A.M.T. **O principio de Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: o que pensam os usuários?** Esc Anna Nery Rev. Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

ROSA, W. e LABATE, R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-americana de Enfermagem, 2005 nov./dez.13 (6):1027-34. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 13-12-2011.

ROSALES, C.; SHIMIZU, H. **A Atenção à saúde da família sob a ótica do usuário.** Rev. Latino Amer. Enfermagem, 16(5), set.-out. de 2008.

RONZANI, T. M., SILVA, C. M. **O programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários.** Ciência & Saúde Coletiva, 13 (1), p. 23-34, 2008.

SANTOS, M. P. G. **O Estado e os Problemas Contemporâneos.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009, 144p.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, Junho 2009: 65-82.

SIEGEL, S. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences.** SP : MCGraw-Hill do Brasil, 1956

SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública vol.10 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1994.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S.; et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 726p.

TEIXEIRA, S.A. **Avaliação dos Usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista.** Em Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, pg 77-101

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M. et al. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.** Ciênc. saúde coletiva vol.7 n.3 São Paulo 2002

TRIOLA, M. **Introdução à Estatística.** 7ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil.** UERJ -Instituto de Medicina Social- Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, 1998.

4- Na ultima vez em que foi ao posto de saúde seus problemas foram resolvidos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não, por quê?_____
5- Você recebe a visita de alguém da equipe do PSF na sua casa? <input type="checkbox"/> sim, quem - _____ Frequencia? _____ <input type="checkbox"/> não, por quê?_____
6- Para a sua família é importante receber estas visitas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Por quê?_____
7- Quando você procura o posto de saúde é atendido no mesmo dia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não, por quê?_____
8- Se não, do dia em que procurou o serviço até o dia do atendimento quantos dias se passaram? diassemanasmeses
9- Em média quanto tempo leva para você ser atendido no posto de saúde, desde o momento em que chega até o momento em que sai?horas minutos
10- Na ultima vez em que o sr. (a) consultou no posto de saúde e foi receitado medicamentos quantos foi capaz de obter na farmácia do posto: 1.() Todos; 2.() A maioria; 3.() Alguns; 4.() Poucos; 5.() Nenhum
11- Na ultima vez que consultou no posto de saúde e foram solicitados exames complementares quantos foi capaz de obter gratuitamente? 1.() Todos; 2.() A maioria; 3.() Alguns; 4.() Poucos; 5.() Nenhum
12- O que o Sr (a) identifica de bom no PSF?
13- O que o Sr (a) identifica de ruim no PSF?
14- Como o Sr. (a) avalia o serviço em geral no posto de saúde em que está cadastrado? 1.() Muito bom; 2.() Bom; 3.() Regular; 4.() Ruim; 5.() Péssimo
15- Como o Sr. Avalia os seguintes serviços oferecidos pelo PSF no posto seu posto de saúde: a) Consulta médica <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> não sabe responder b) Atendimento de enfermagem <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr c) Atendimento da recepção <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr d) Atendimento odontológico (dentistas) <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr e) Visita domiciliar de Agentes Saúde <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr f) Atendimento na farmácia <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr g) Atendimento na sala de vacinas <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr h) Limpeza e organização do posto <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> nsr i) Agendamento para consulta médica <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo

ANEXO - LOCALIDADES QUE FAZEM PARTE DE CADA EQUIPE DE PSF:

- EQUIPE 1: Composta pelo bairro modelo, parte do centro (delimitada pela rua da matriz em direção a Ijuí com a Rua Gaspar da Silveira Martins) e linhas: 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13 (partindo da linha 19 em direção a Ijuí até chegar no rio Ijuí); Total de 801 famílias
- EQUIPE 2: Composta pelo bairro Planalto, parte do centro (delimitada pelas ruas da Matriz, Cassiano Alegrete, Emilio João Braum e Padre Afonso Correa); e linhas 20, 21, 24, 25, 30, 31, 32 e linha Seca; Total de 854 famílias
- EQUIPE 3: Composta pelo bairro João Carlini, parte do centro (delimitada pela rua da Matriz, Cassiano Alegrete, Emilio João Braum, padre Afonso Correa, rua Brasília e rua Francisco Prauchner) e linhas 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29 e 30. Total de 814 famílias

Dimensionamento da amostra:

$N = 2.469$

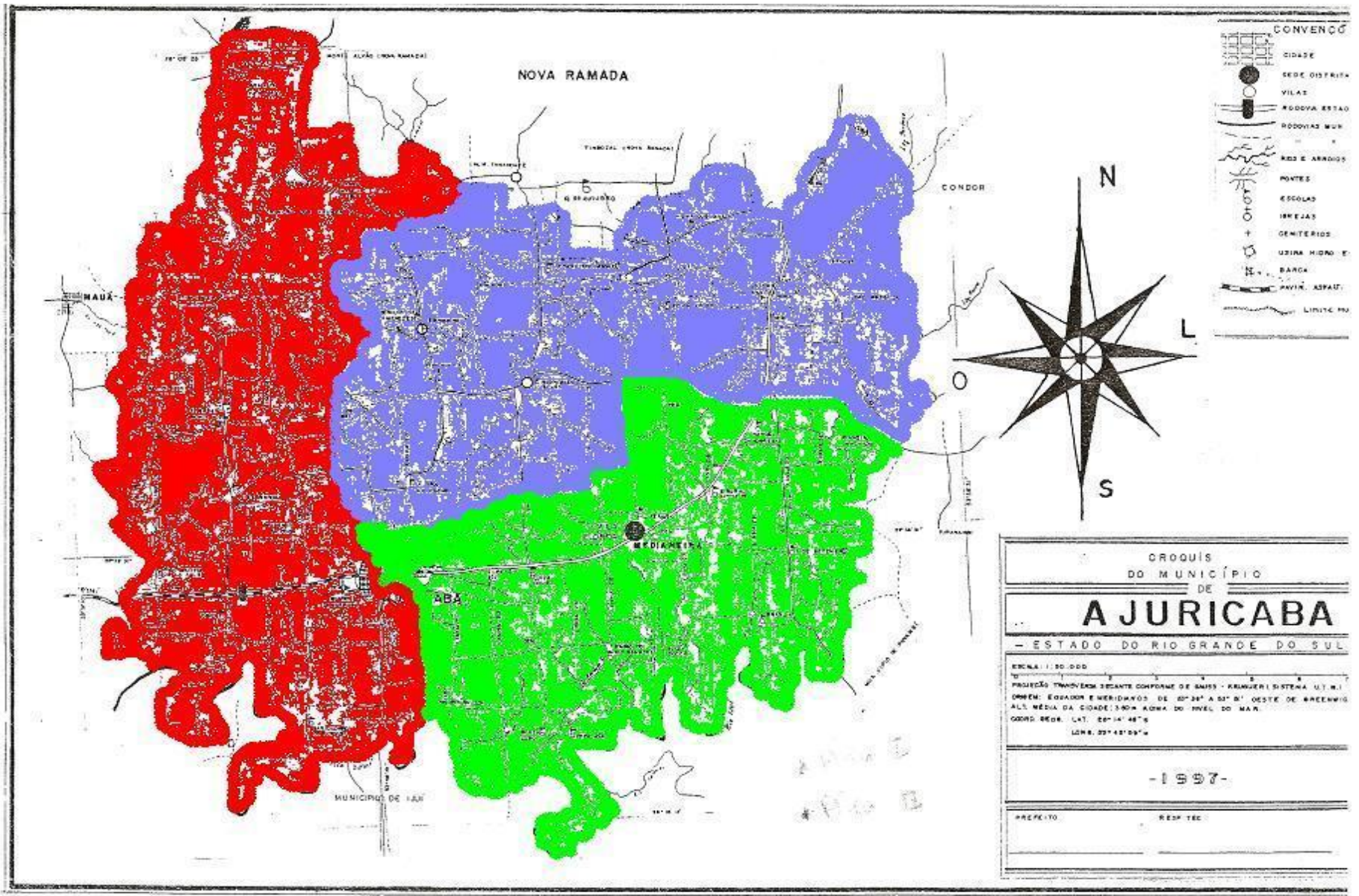
$Er = 0,04$

$n = 306$ (Método de Cochran, 1965)

$Pf = 0,95$

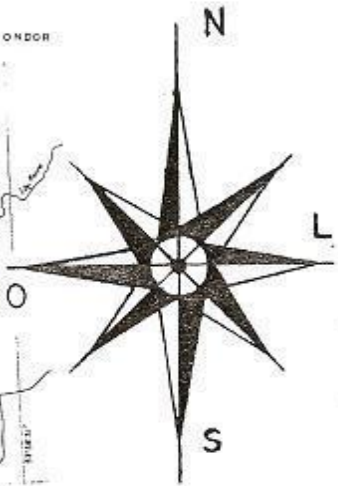
Amostra estratificada

ESTRATOS	SUB-POPULAÇÃO	POPULAÇÃO POR ESTRATO	PARTICIPAÇÃO DOS ESTRATOS	AMOSTRA POR ESTRATO
ESF 1	N1	801	0,32	99
ESF 2	N2	854	0,35	106
ESF 3	N3	814	0,33	101
		2469	1,00	306



CONVENÇÃO

[Grid]	CIDADE
[Circle]	SEDE DISTRITO
[Small Circle]	VILAS
[Thick Line]	RODOVIA ESTAD.
[Thin Line]	RODOVIA MUN.
[Wavy Line]	RIO E ARROIO
[Double Line]	PONTES
[Circle]	ESCOLAS
[Cross]	IGREJAS
[Star]	CEMETERIOS
[Circle]	USINA HIDR. E.
[Square]	BARRA
[Line]	PAVIM. ASPALT.
[Dashed Line]	LIMITES PM



CROQUIS
DO MUNICÍPIO
DE
AJURICABA
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

ESCALA: 1:50.000

PROJEÇÃO TRANSVERSA SEGUNDO CONFORME DE GAUSS - KRÄNGER (SISTEMA U.T.M.)
ORDEM: EQUADOR E MERIDIANOS DE 50°28' A 51° 01' OESTE DE GREENWICH
ALT. MÉDIA DA CIDADE: 390M ACIMA DO NÍVEL DO MAR.
COORD. SEDE: LAT. 29°14' 48" S
LONG. 51°45' 09" W

-1997-

PREFEITO: _____ RESP. TEC: _____

