

Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil

Knowledge and utilization of basic health service by families in a Southern municipality of Brazil

Conocimiento y utilización del servicio de atención básica en salud por familias en municipio de la región sur de Brasil

Maria José Scochi^I, Thaís Aidar de Freitas Mathias^{II}, Regina Kazue Tanno de Souza^{III}, Sebastião Gazola^{IV}, Célia Regina Granhen Tavares^V

RESUMO

Este estudo foi realizado para verificar se famílias residentes na região leste de um município do Estado do Paraná conhecem e utilizam os serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área de abrangência. Foram entrevistadas 385 famílias selecionadas a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O instrumento previamente testado, com questões fechadas, foi aplicado em fevereiro e março de 2004 por alunos de graduação de enfermagem e estatística, devidamente capacitados. Das famílias entrevistadas 78% não possuíam nenhum tipo de plano ou seguro saúde e 95,3% conhecia algum serviço oferecido pela UBS. A consulta médica foi citada por 91,7%, seguida pela coleta de exames laboratoriais, citados por 68,8% e a distribuição de medicamentos por 38,5% das famílias. Chamou atenção o pouco conhecimento sobre atendimento dentário referido por apenas 22,9% famílias. Os serviços da UBS eram utilizados por 90% das famílias, pela proximidade (53,9%) ou por falta de opção (40,3%). A equipe de saúde deve aprimorar suas atividades e a estrutura do serviço, avaliar a oferta e a humanização do atendimento. Além da utilização e do conhecimento dos serviços de saúde, este estudo mostra aspectos da metodologia de pesquisa como o inquérito populacional.

Palavras chave: Família; Pesquisa sobre serviços de saúde; Serviços básicos de saúde. Programa Saúde da Família; Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

This investigation was made to verify the knowledge and use of basic health services (BHS) by families resident in the East side of a municipality of Paraná State. Three hundred and eighty five families, selected from the Basic

Health Service System were interviewed. The instrument, with closed questions, previously tested, was applied by trained Nursing and Statistics undergraduate students, in February and March 2004. From the families 78% had any kind of private health care plan, and 95.3% knew some activities offered by the BHS. The medical visits were mentioned by 91.7%, followed by the laboratory tests activities mentioned by 68.8% and drug distribution mentioned by 38.5% of families. It was observed that only 22.9% of families had some knowledge about dental care services. The BHS were used by 90% of families and the reasons for the use were the proximity to their home (53.9%) or because they had no other option of health assistance (40.3%). The health team has to evaluate the services offered, to improve and humanize the health assistance, also to care about the good appearance of the BHS physical area. Beyond families' knowledge and the BHS utilization profile, this study had also showed some main aspects of research methods for population surveys.

Key words: Family; Health Services Research; Basic Health Services; Family Health Program; Health Services Needs and Demand.

^I Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Associado. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá-PR. mjscochi@uem.br

^{II} Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá-PR. tafmathias@uem.br

^{III} Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto. Departamento de Saúde Comunitária. Universidade Estadual de Londrina-PR. reginatanno@hotmail.com

^{IV} Matemático. Mestre em Engenharia de Produção. Professor Assistente. Departamento de Estatística. Universidade Estadual de Maringá-PR. sgazola@uem.br

^V Engenheiro Químico. Doutor em Engenharia Química. Professora Associado. Departamento de Engenharia Química, Universidade Estadual de Maringá-PR. celia@deq.uem.br

RESUMEN

Este estudio se ha realizado para verificar si las familias residentes en la región este de un municipio del Estado de Paraná conocen y utilizan los servicios de la Unidad Básica de Salud (UBS) de su área de alcance. Se entrevistó a 385 familias seleccionadas a partir del Sistema de Información de Atención Básica (SIAB). El instrumento previamente experimentado, con cuestiones cerradas, se aplicó en febrero y marzo de 2004 por alumnos del curso de graduación de Enfermería y Estadística, debidamente capacitados. De las familias entrevistadas, un 78% no estaba afiliado a ningún plan de salud, privado o público, un 95,3 % conocía algún servicio ofrecido por la UBS. La consulta médica fue citada por un 91,7%, seguida por la tomada de muestras de exámenes de laboratorio, citados por un 68,8%

y la distribución de medicamentos por 38,5% de las familias. Ha llamado la atención el escaso conocimiento sobre la atención odontológica, referida apenas por un 22,9% de las familias. Los servicios de la UBS son utilizados por 90% de las familias, por la proximidad (53,9%) o por falta de opción (40,3%). El equipo de salud debe mejorar su desempeño, así como la estructura del servicio, evaluar la propuesta de humanización en la atención. Además de la utilización y del conocimiento de los servicios de salud, este estudio muestra aspectos e la metodología de investigación, como la encuesta pública.

Palabras clave: Familia; Investigación sobre servicios de salud; Servicios Básicos de Salud; Programa de Salud de la Familia; Equipo de Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

Uma das diretrizes básicas para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a descentralização com a municipalização dos serviços de saúde, que vem se constituindo em estratégia definidora da reorganização do setor no Brasil. A década de 90 foi o período no qual houve a consolidação e reestruturação do foco de decisão em torno da saúde sendo transferidos recursos financeiros e responsabilidades aos municípios⁽¹⁾.

No Brasil os princípios constitucionais do SUS, universalidade, equidade, integralidade, com ênfase na descentralização, na municipalização, no controle social, na regionalização e hierarquização, vêm incentivando a construção de modelos de atenção, organizados sob a égide das reais necessidades de saúde da população, demandando novos perfis de gestão.

Com a edição das três Normas Operacionais Básicas (NOBs, 1991, 1993 e 1996) e das Normas de Assistência à Saúde (NOAS 2001, 2002) na última década, tem sido possível observar um salto quantitativo e qualitativo na oferta e na utilização dos serviços municipais de saúde⁽²⁾.

Em direção a consolidação de sistemas locais de saúde, as estratégias e as normatizações procuram orientar os municípios para a construção de uma porta de entrada no sistema constituída, preferencialmente, por

unidades de atenção primária com Equipes de Saúde da Família (ESF), objetivando oferecer serviços básicos de saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado, prioritariamente para populações com risco aumentado, quer sob o ponto de vista biológico ou socioeconômico difundiu-se em âmbito nacional a partir de 1996⁽³⁾.

O esforço nacional de implantação da estratégia do PSF significou importante acesso aos serviços de atenção básica. Segundo relatório da OPAS/OMS (2006)⁽⁴⁾ no final de 2005 as equipes existentes já ultrapassavam à 24.000, desenvolvendo atividades de promoção e cuidado a mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros.

Existe o entendimento que o PSF, criado em 1994, porta potencialidade estruturante do SUS quando, no conjunto da rede de unidades básicas de saúde (UBS), utiliza a delimitação de áreas com clientela definida para o reconhecimento das necessidades de saúde da população e amplia as possibilidades de acolhimento das demandas por uma equipe multiprofissional.

A proposta do PSF também se caracteriza por ter a família como sua unidade nuclear de atuação e integração com a comunidade na qual se insere. Assim o enfoque do PSF considera que as doenças, seus fatores de risco e também a qualidade de vida têm como determinante o

aspecto familiar. A família influi na adoção de hábitos, estilos e condutas, em aspectos positivos para a saúde como os estilos de vida saudáveis. Da mesma forma a família pode ter impacto negativo sobre seus membros durante todo seu ciclo de vida. Violência, uso de drogas, alcoolismo, desnutrição, são alguns exemplos de conseqüências negativas de situações que ultrapassam a fronteira do individual⁽⁴⁾.

Assim, se a família assume papel nos processos de saúde e doença, é necessário que os serviços de saúde respondam e compreendam esse processo considerando-o no momento de desenvolver as intervenções em saúde. Conceitos como acessibilidade, cuidado apropriado baseado na família e na comunidade, utilização de serviços e satisfação do usuário com o atendimento recebido, devem ser abordados.

Grande parte dos municípios brasileiros encontra-se habilitada para a gestão plena da atenção básica, o que significa uma participação ativa dos níveis regional e local na definição das diretrizes de trabalho. Isto implica, para as equipes locais, a necessidade de redefinição das informações utilizadas, acrescentando às já tradicionais o conhecimento sobre a demanda, a morbidade sentida, além do conhecimento e utilização pelas famílias de sua área de abrangência, dos diferentes serviços de saúde.

Alguns aspectos devem ser considerados para compreender o perfil de utilização e conhecimento dos serviços de saúde pela população. Além do tipo de serviço, se pronto atendimento, pronto socorro, ambulatórios ou clínicas, deve ser observado sua proximidade com a residência. Outros fatores influem na procura e utilização, como acesso aos serviços, diversidade e grau de resolutividade⁽³⁾.

Desta forma, compreende-se como necessário o desenvolvimento de estudos que avaliem como as famílias vêm utilizando os serviços básicos de saúde e como esta percebe a qualidade do atendimento que recebe. A presente investigação foi realizada com o objetivo de verificar se a população residente na Região Leste do Município de Maringá, Estado do Paraná, conhece e utiliza os serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área de abrangência.

Postula-se como importante este tipo de estudo, por incentivar a utilização de inquéritos de base populacional e poder contribuir com a gerência local na avaliação e adequação da oferta de serviços de saúde⁽⁵⁾. Também porque os inquéritos de saúde na comunidade representam uma das melhores maneiras de conhecer a situação de saúde, pois revelam um quadro mais completo do que os provenientes de dados de registros dos serviços e instituições de saúde⁽³⁾.

METODOLOGIA

Estudo transversal com base populacional realizado na Região Leste do Município de Maringá-PR.

Com população estimada em 300.000 habitantes e uma rede de 23 UBS, Maringá é sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná, que serve como referência para 29 municípios. A UBS da região estudada atende 29.817 habitantes, distribuídos em 27 bairros correspondendo, aproximadamente a 10% da população do município de Maringá⁽⁶⁾.

A maior parte dos bairros atendidos pela UBS é de loteamentos recentes, estes apresentam crescimento significativo após 1996, quando a UBS, com mais de 1200 m², foi construída. A região é abastecida com coleta regular de lixo, 100% das moradias com abastecimento de água, pavimentação em quase todos os bairros e esgoto sanitário.

Na UBS atuam 114 trabalhadores, dos quais 73 contratados em 2001 para compor sete equipes do PSF para o atendimento de 7.800 famílias. Essas equipes subdividem a região em 42 micro-áreas de acordo com o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Essa UBS foi selecionada para o estudo por ser uma das primeiras unidades a receber ESF no município. Outra razão da escolha dessa área é por ter a população 100% de cobertura do PSF, fato que pode indicar maior acesso e utilização da população aos serviços de atenção básica⁽⁷⁾.

Além das sete equipes que atuam na área, a UBS oferece os serviços de atendimento odontológico, imunização, farmácia para armazenamento e dispensação de

medicamentos, coleta diária de exames laboratoriais, curativos, e também conta com pediatras, obstetras e clínico geral.

A população de estudo foi definida a partir do número de famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e mapas dos bairros com os desenhos, em cada micro-área, das ruas e das moradias, elaborados pelos ACS de cada equipe.

A técnica de amostragem foi a estratificada proporcional por micro-áreas sendo o tamanho da amostra determinado pela seguinte equação⁽⁸⁾:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N}{4e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2}$$

Em que "n" é o tamanho da amostra, "Z" é uma constante com distribuição normal padrão dependente do nível de probabilidade desejado e "e" o erro amostral pré-fixado. Considerou-se um nível de confiança de 95% e erro máximo da estimativa de 5%. O tamanho da amostra obtido foi de 385 famílias o que correspondeu a 4,9% do total estimado de famílias residentes e cadastradas na área de abrangência da UBS.

Foi elaborado um questionário estruturado com questões fechadas sobre a composição familiar, com a identificação dos moradores do domicílio. Foram colhidas informações sobre o conhecimento e utilização, além de alguns aspectos da qualidade e satisfação das famílias sobre os serviços oferecidos pela UBS.

O questionário previamente testado e reestruturado foi aplicado durante os meses de fevereiro e março de 2004 por alunos dos cursos de graduação de Estatística e Enfermagem. Os entrevistadores receberam treinamento e foram supervisionados durante todo o período da realização das entrevistas. A maioria das entrevistas foi realizada nos finais de semana para diminuir a possibilidade de domicílios fechados. As entrevistas foram realizadas com um morador do domicílio, presente no momento da visita, que respondeu às perguntas representando a família, ou seja, representando todos os moradores do domicílio.

Na maioria das vezes foi a mulher, dona da casa, que respondeu as perguntas do

entrevistador. Mesmo que outra pessoa da família atendesse à porta, quase sempre chamava a mãe ou a esposa para atender o entrevistador, com justificativa que ela saberia responder melhor às questões. As questões eram feitas de forma que o entrevistado respondesse por todos os membros da família, por exemplo: "Alguém da família conhece ou utiliza os serviços da UBS?", "Quais serviços a família conhece?", "A família recebe visita da ESF?", "Alguém da família utilizou consulta médica?", "Alguém da família consulta com o dentista?". Desta forma os resultados devem ser interpretados como uma aproximação da visão, opinião e utilização dos serviços da UBS pelas famílias e não da visão exclusiva do entrevistado.

Não houve perda, portanto todas as 385 famílias sorteadas foram entrevistadas.

No momento da entrevista foram apresentados ao entrevistado os objetivos do trabalho e obtida sua aceitação em participar da pesquisa com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, COPEP/UEM, conforme parecer nº 054/02.

Os dados foram agrupados e contabilizados por frequência e porcentagem simples, utilizou-se a estatística descritiva e análise exploratória das informações pelo Software Statistica 6.1.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo priorizou, entre as diversas possibilidades de abordagem, na utilização dos serviços de saúde, dois aspectos fundamentais, analisar se as famílias residentes no bairro conheciam e utilizavam os serviços da UBS da área de abrangência e qual era percepção em relação à qualidade dos serviços.

Os resultados mostraram que o percentual de utilização de serviços de saúde foi compatível com os encontrados na Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNADs, 2003)⁽⁹⁾ e na Pesquisa Mundial de Saúde⁽¹⁰⁾. Apontaram maior utilização dos serviços do que a observada em estudo anterior, realizado com 375 famílias em região próxima a estudada, no qual foi verificado que 70,8% dos entrevistados

procuraram a UBS do bairro como primeira escolha nos últimos seis meses que antecederam a pesquisa⁽¹¹⁾.

Embora o SUS proponha a universalidade, de fato, tem clientela nominal em torno de 110 milhões de brasileiros. A população não usuária da atenção à saúde do SUS utiliza, preferencialmente, o sistema de atenção médica supletiva, um terço não tem acesso regular a serviços de saúde, apenas 15% não são usuários do Sistema, 60% dos brasileiros utilizaram atendimento ambulatorial do SUS, 19% pagou pelo atendimento e 21% eram usuários de planos de saúde privados⁽¹⁰⁾.

Em 2003, a PNAD Saúde estimou que 139,5 milhões de brasileiros (79,3% da população, contra 71,2% em 1998) dispunham de um serviço de saúde regular: Postos de Saúde foi a modalidade mais citada (52,4% dos entrevistados), os consultórios particulares foram citados por 18%, os ambulatórios de hospitais por 16,9%, pronto socorro ou emergência por 5,8%, ambulatório ou consultório de clínicas por 4,4% e farmácia por apenas 1,4%⁽⁹⁾.

As comparações com estudos nacionais mais abrangentes são importantes já que a

lógica da atenção básica à saúde tem diretrizes únicas. Entretanto, tais comparações devem ser vistas com cautela, pois a UBS e a área de abrangência e suas famílias, no presente estudo, representam uma região específica de Maringá, situada no noroeste do Estado do Paraná, portanto com particularidades regionais. Mas, o estudo de suas características pode contribuir para o entendimento das desigualdades sócio-espaciais e suas conseqüências para o bem-estar social⁽¹²⁾.

Os entrevistados, 78,6% mulheres e 21,4% homens, responderam por 1425 moradores, com média de 3,7 indivíduos por família. A distribuição etária dos moradores dos domicílios mostrou que 8,4% tinham até seis anos e 11,3% 60 anos ou mais de idade. A maioria dos 1425 moradores (78%) não possuía nenhum tipo de plano ou seguro saúde.

Em relação ao conhecimento, a Tabela 1 mostra que 95,3% das famílias conheciam algum serviço desenvolvido na UBS, sendo a consulta médica e a coleta de exames laboratoriais os mais citados, 91,7% e 68,8%, respectivamente. Apenas 22,9% afirmaram conhecer o serviço de atendimento dentário e 11,3%, as orientações para promoção da saúde.

Tabela 1: Distribuição das famílias segundo conhecimento dos serviços oferecidos pela UBS. Maringá-PR, 2004.

Conhece algum serviço da UBS (n° = 343)	n°*	%
Sim	327	95,3
Não	16	4,7
Serviço que conhece** (n° = 327)		
Consulta médica	300	91,7
Coleta de exames	225	68,8
Distribuição de medicamentos	126	38,5
Aplicação de vacinas	123	37,6
Atendimento dentário	75	22,9
Inalação	42	12,8
Orientações para a saúde	37	11,3
Aplicação de injeção	30	9,2
Recebe visita da ESF (n° = 384)		
Sim	321	83,6
Não	63	16,4
Conhece alguém da ESF (n° = 383)		
Sim	223	58,2
Não	160	41,8
Membro da ESF que conhece** (n° = 223)		
Agente comunitário	194	88,2
Enfermeiro	24	10,9
Médico	23	10,4
Auxiliar de enfermagem	8	3,6

*Excluídos os casos sem resposta ** Admite mais de uma resposta.

Embora a maioria das famílias (83,6%) recebia visitas da ESF, chamou atenção que quase a metade delas (42,1%) não conhecia algum membro da equipe. Das 223 famílias que conheciam algum membro da ESF o ACS foi citado por 88,2% seguido de longe pelo enfermeiro e pelo médico (10,9% e 10,4%, respectivamente) (Tabela 1).

A consulta médica, citada pelas famílias como o serviço mais conhecido dos oferecidos pela UBS, contrasta com o pequeno percentual de famílias que alega sentir falta de programas educativos, de atividades de grupo e de promoção à saúde. Tal fato poderia demonstrar o quanto a UBS e os usuários ainda privilegiam o atendimento médico individual em detrimento da prática promotora de saúde. Isto é reforçado quando se observa, na prática, que o PSF, implantado para que as ESF disseminem ações de prevenção e promoção, vêm limitando suas ações com intervenções pontuais e com consultas médicas que, em grande parte, são acompanhadas de prescrição medicamentosa, reafirmando a prática curativa.

A demanda das famílias por maior número de ações médicas, ou seja, mais médico, mais médico especialista, remete a uma queixa ao aspecto organizacional do serviço, qualificando-o com insuficiente, precário ou como atendimento inexistente. Essa queixa é coerente com 26,3% das famílias que, quando encaminhadas, tiveram dificuldades em serem atendidas por médico especialista ou não conseguiram a consulta agendada. Além da necessidade de maior número de médicos especialistas solicitada pelas famílias, a dificuldade de acesso ao médico especialista ou ao atendimento de emergência pode ser utilizado como indicador de satisfação ou aprovação dessas famílias ao serviço de saúde⁽¹³⁾.

Parte das famílias afirmou não receber visitas da ESF o que pode significar, além das dificuldades da própria ESF e seu processo de trabalho, outros fatores como a ausência das famílias no domicílio nos horários em que a equipe realiza as atividades diárias. Essa não utilização do PSF mostra também a importância de se atentar para o padrão de mobilidade populacional para se elevar os índices de

cobertura do PSF e fazer com que este consiga ampliar e ofertar serviços não restritos apenas à consulta médica⁽¹⁴⁾. Bem como, indica a necessidade de avaliar a organização dos serviços do PSF para que outros horários e dias da semana sejam utilizados para as visitas às famílias, lembrando que as visitas para este estudo forma realizadas preferencialmente nos finais de semana quando foram entrevistadas todas as famílias sorteadas.

Das 385 famílias entrevistadas 90% utilizavam os serviços da UBS, sendo a proximidade da residência e a falta de opção os motivos mais frequentemente citados para essa utilização (53,9% e 40,3%, respectivamente). Das 346 famílias que utilizavam os serviços 75,4% utilizaram a consulta médica e 21,7% o atendimento dentário e apenas 16,9% afirmaram participar de alguma atividade de grupo (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das famílias segundo utilização de serviços da UBS. Maringá-PR, 2004.

Utiliza a UBS (n° = 385)	n°*	%
Sim	346	90,0
Não	39	10,0
Motivo da utilização da UBS** (n° = 345)		
Proximidade ao domicílio	186	53,9
Falta de opção	139	40,3
Hábito	26	7,5
Bom atendimento	17	4,9
Utilizou consulta médica (n° = 346)		
Sim	261	75,4
Não	85	24,6
Utilizou atendimento dentário (n° = 346)		
Sim	75	21,7
Não	271	78,3
Participou em atividades de grupo da UBS (n° = 344)		
Sim	58	16,9
Não	286	82,1

*Excluídos os casos sem resposta

** Admite mais de uma resposta.

Na PNAD Saúde 2003 foi verificado que 27,9 milhões de brasileiros, quase 16% da população nunca foi ao dentista, na PNAD de 1998 essa proporção era de 18,7%⁽⁹⁾, isto talvez explique em parte o fato de que os serviços odontológicos eram utilizados e referidos como necessários, por uma pequena parcela das famílias entrevistadas, fazendo supor que esta é ainda atividade distante do seu cotidiano. Talvez isto ocorra pela oferta, em muitos serviços, ser restrita a gestantes e crianças ou pela não valorização e compreensão pelas famílias da saúde bucal como parte integrante da saúde. Neste caso cabe indagar sobre a relação entre oferta e necessidade, visto que a consulta com o médico especialista é também restrita, e em alguns momentos, mais difícil de conseguir do que as consultas de odontologia. Por que então as famílias não fizeram referência a esse atendimento como necessário? O que determinaria a demanda por serviços?

As questões acima implicam no reconhecimento de que o uso efetivo de serviços de saúde resulta de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado. Esta multiplicidade de fatores indica que a determinação do uso não se explica apenas pelo acesso, a despeito deste ser um aspecto importante na determinação da utilização⁽¹⁵⁾.

É possível que ainda existam dificuldades da comunidade em compreender o PSF e as atividades realizadas na UBS e identificar sua lógica de funcionamento. Observou-se que a

avaliação das famílias apresenta característica fragmentada, indicando mais especificamente respostas a experiências pontuais de utilização dos serviços e menos uma visão mais ampla da lógica do PSF.

Para os aspectos relativos à satisfação do usuário frente ao serviço oferecido considerou-se uma única pergunta como insuficiente. Desta forma, além de haver sido indagado diretamente sobre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos pela UBS, foi também indagada a sua opinião sobre a área física e o funcionamento da unidade. As respostas revelaram que as famílias estão de certa forma, satisfeitas com os serviços que existem, mesmo com a falta de profissionais médicos as famílias se declararam satisfeitas.

Alguns aspectos da qualidade e da satisfação das famílias com o atendimento estão dispostos nas Tabelas 3 e 4. Das famílias que utilizaram o serviço 82,2% receberam a medicação prescrita e 89,6% foram orientadas quanto à sua utilização. Em relação ao encaminhamento, 35,5% nunca foram encaminhadas a especialistas. Entre as 221 famílias encaminhadas 59,3% foram atendidas e 22,6% não conseguiram o atendimento.

Tabela 3: Distribuição das famílias que utilizam a UBS segundo atendimentos recebidos. Maringá-PR, 2004.

	n ^o *	%
Recebe medicação quando prescrita (n^o = 330)		
Sim	278	82,2
Não	52	15,8
Recebe orientação de utilização de medicamentos (n^o = 326)		
Sim	292	89,6
Não	34	10,4
Quando encaminhado é atendido por especialista (n^o = 343)		
Sim	131	38,2
Às vezes	40	11,7
Não	50	14,6
Nunca foi encaminhado	122	35,5

*Excluídos os casos sem resposta

Tabela 4: Distribuição das famílias segundo alguns indicadores de qualidade e de satisfação sobre os serviços oferecidos pela UBS. Maringá-PR, 2005.

	n ^o *	%
Espaço físico (n^o = 344)		
Grande e espaçoso	242	70,3
Pequeno, apertado e confuso	102	23,7
Ambiente (n^o = 344)		
Agradável	190	55,2
Razoável	128	37,2
Desagradável	26	7,6
Limpeza (n^o = 345)		
Limpo	318	92,2
Limpo, em parte	24	6,9
Não é limpo	3	0,9
Serviços oferecidos (n^o = 334)		
Suficiente	109	32,6
Insuficiente	225	67,3
O que falta na UBS (n^o = 222)		
Médicos	116	52,3
Especialistas	68	30,6
Programas educativos	2	0,9
Mais de um serviço	36	16,2
Avaliação do atendimento (n^o = 346)		
Ótimo ou bom	200	57,8
Regular	111	32,1
Ruim	35	10,1
Problemas resolvidos (n^o = 345)		
Sempre	170	49,3
Freqüentemente	43	12,5
Às vezes	111	32,2
Nunca	21	6,1
Satisfação com atendimento (n^o = 345)		
Sim	204	59,1
Não	141	40,9
Total de famílias	346	100,0

*Excluídos os casos sem resposta

Foi observado que 70,3% das famílias consideraram o espaço físico da UBS grande e espaçoso, 92,2% afirmaram que a UBS encontrava-se limpa e apenas 7,6% consideraram o ambiente desagradável. Mas, o estudo mostrou que 67,3% das famílias alegaram que os serviços são insuficientes e destas 83% disseram faltar médicos e especialistas. O atendimento foi considerado

ótimo ou bom para 57,8%, os problemas são sempre resolvidos para 49,3% e 59% afirmaram estar satisfeitos com o atendimento (Tabela 4).

É importante que os trabalhadores de saúde observem e considerem a satisfação das famílias e dos usuários e sua opinião sobre a necessidade de oferta de outras atividades na UBS já que essa aceitabilidade dos serviços

contribui para sua maior utilização. É também necessário que a resolutividade seja sempre avaliada, pois os serviços que resolvem os problemas proporcionam maior confiança e aceitabilidade, além de contribuírem para sua sustentabilidade e legitimidade social⁽¹³⁾.

O ACS é o membro da ESF que mais tem contato direto com a população, necessitando capacitação permanente e treinamento adequado para desenvolver suas habilidades e cumprir as atribuições a ele estabelecidas. Prestar assistência de qualidade pressupõe conhecimento e boa relação com a família contribuindo para o estabelecimento do vínculo⁽¹⁶⁾. Os resultados deste estudo evidenciaram que, de alguma forma, o vínculo da família com a ESF deve ser aprimorado já que apenas 58,2% afirmaram conhecer algum integrante da equipe.

Deve ser considerado que com o modelo de atenção implantado pelo PSF, os padrões de procura e utilização dos serviços de saúde podem ser modificados, já que o ACS passa a constituir o elo entre o domicílio e a UBS ocasionando menor procura das famílias aos serviços de saúde. Necessariamente essa menor procura aos serviços não significaria falta de assistência⁽³⁾.

A mudança no modelo assistencial tem no PSF a estratégia para a qualificação da assistência, com as ESF atuando próximas ao lugar onde as pessoas vivem e reproduzem sua vida social. A idéia de responsabilização e do fortalecimento de vínculos entre a comunidade e as equipes está presente nesta nova abordagem⁽¹⁷⁾.

Dessa forma é necessário que as ESF, da UBS pesquisada, aprimorem suas atividades e a estrutura do serviço, avaliando constantemente a oferta dos serviços, a humanização do atendimento e ainda cuidem para que a área física, o ambiente da UBS ofereça espaço agradável, limpo e acolhedor aos usuários.

Nesta investigação, ainda que não pesquisado diretamente, foi possível perceber que quando as famílias já estabeleceram um contato mais organizado com os serviços e as equipes do PSF, estas percebem a qualidade da assistência de forma mais positiva do que aqueles que buscam atendimento

esporadicamente. De fato quanto maior o nível de informação do usuário sobre os objetivos, atividades e regras de funcionamento do PSF, maior o grau de satisfação em relação aos serviços e ao programa⁽¹³⁾.

Assim é necessário manter os usuários informados sobre os objetivos e regras dos serviços, reforçar a oferta programada de atividades para que estabeleçam o vínculo com o serviço e com a equipe de trabalho. A adscrição territorial da comunidade às ESF é um dos preceitos da estratégia do PSF, justamente por essa "proximidade" promover o vínculo entre profissionais de saúde e usuários⁽¹⁸⁾. Ainda, a estratégia do PSF definida para o processo constante de efetivação do SUS, que por sua vez é parte essencial das políticas públicas e sociais no país, requer trabalho conjunto e engajado de todos os profissionais de saúde participantes da ESF⁽¹⁹⁾, principalmente na compreensão dos objetivos principais do SUS. Ampliar a qualidade do atendimento à população adscrita ao serviço de atenção básica é parte integrante dos objetivos do SUS, de assistência universal, integral com equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além da análise da utilização e do conhecimento sobre os serviços básicos de saúde este estudo pode também mostrar alguns aspectos importantes na metodologia de pesquisas que utilizam os inquéritos ou entrevistas na comunidade.

Em primeiro lugar destaca-se que para a melhor compreensão dos resultados e conclusões deve ser observado que a estratégia utilizada nesta investigação foi de extrapolar a opinião do entrevistado para toda família considerando o enfoque do PSF, que tem a família como sua unidade nuclear de atuação. E, a respeito do entrevistado, uma observação refere-se à perspectiva das mulheres como representantes do núcleo familiar. Neste estudo a maioria dos entrevistados (78,6%) foram as mulheres, donas de casa, que são consideradas avaliadores dos serviços de saúde, que conhecem o cotidiano das atividades e são os principais agentes de saúde no contexto doméstico⁽⁹⁾.

Ainda, em relação à satisfação, deve ser considerado que em perguntas dicotômicas, sim e não, ficam sem avaliação as crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde, que certamente influenciam os modos de utilização dos serviços pelos usuários⁽¹³⁾. A esse respeito vale ressaltar que o tipo de instrumento utilizado para as entrevistas pode dificultar uma análise mais abrangente dos aspectos que envolvem as facilidades e dificuldades encontradas pelas famílias nos serviços da UBS. Mesmo assim, os resultados deste estudo mostraram uma satisfação positiva das famílias evidenciada pelo conhecimento dos serviços por 95,3% das famílias, sua utilização por 90% e pela visita do ACS para 83,6% delas.

Um outro aspecto que merece comentário foi o percentual de alternativas “sem resposta” que poderia ser devido à quantidade de pessoas que moram no domicílio. Um informante responder por 3 ou 4 pessoas da família parece mais fácil, mas neste estudo observou-se que 6,7% das famílias eram compostas por 6 ou mais moradores. Nestes casos, o informante poderia ter dificuldades em responder algumas questões por todos os moradores do domicílio. Finalmente, o fato das entrevistas terem sido realizadas nos finais de semana, foi considerado muito positivo, pois possibilitou que fosse realizada naquele domicílio selecionado, além de haver maior disponibilidade de tempo da família em conversar e responder as perguntas dos entrevistadores.

REFERÊNCIAS

1. Senna MCM, Cohen MM. Modelo Assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):523-535.
2. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal: textos básicos*, Rio de Janeiro (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
3. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(1): 90-99.
4. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.
5. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cadernos de Saúde Pública*. 1996; 12 Suppl 7:59-70.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, Plano Municipal de Saúde, 2006-2009. Maringá (Brasil): Secretaria Municipal de Saúde de Maringá; 2007.
7. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-707.
8. Barbetta PA. *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. 2.edição. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar 2003 [cited 2007 nov 12]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm>.
10. Ministério da Saúde. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil – Como os Brasileiros auto-avaliam sua saúde? Informe da atenção básica. 2004; 5(24).
11. Souza RKT, Scholz MR. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde do município de Maringá. *Saúde em Debate*. 1996; (52): 35-41.
12. Viana ALÁ, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23 Suppl 2:117-131.
13. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):581-589.

14. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades, in: Proteção social: dilemas e desafios/ Ana Luiza d'Ávila, Paulo Eduardo M. Elias e Nelson Ibañez, organizadores. São Paulo: Hucitec; 2005.

15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20 Suppl 2:190-198.

16. Skalinski LM, Scochi MJ, Mathias TAF. A utilização do método Altadir de Planejamento popular em atividades de estágio interdisciplinar. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;5(1):75-81.

17. Thumé E, Dilelio AS, Ende RBV, Marques CC, Oliveira TA, Costa CM. Cuidado domiciliar no programa de saúde da família: a utilização de novos instrumentos para subsidiar a prática. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003;2(1):75-78.

18. Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (SP); Universidade de São Paulo (SP); Ministério da Saúde (BR). Manual de Enfermagem. Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 135. Brasília: Ministério da Saúde; 2001; 250 p.

19. Silva CC, Silva ATMC, Losing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família – PSF. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2007 mai 23];8(1):70–74. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/origin_al_09.htm.

Artigo recebido em 12.06.08

Aprovado para publicação em 30.06.08