



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÁRCIA CUNHA DA SILVA PELLEENSE

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE**

Natal/RN

2013

MÁRCIA CUNHA DA SILVA PELLENE

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Severina Alice da Costa Uchôa

Natal/RN

2013

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Pellense, Márcia Cunha da Silva.
Satisfação dos usuários e a qualidade da atenção primária à saúde no Rio Grande do Norte / Márcia Cunha da Silva Pellense.- Natal, 2014.
54f: il.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Severina Alice da Costa Uchôa.
Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde da Família.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. 2. Saúde Pública - Qualidade - Dissertação. 3. Satisfação do usuário - Dissertação. I. Uchôa, Severina Alice da Costa. II. Título.

RN/UF/BSA01

CDU 614.39(043.3)

MÁRCIA CUNHA DA SILVA PELLESE

**SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE**

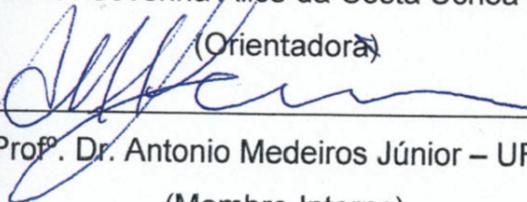
Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde da Família -
Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família – RENASF, Universidade Federal do
Rio Grande do Norte, para obtenção do grau
de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 19 de dezembro de 2013.

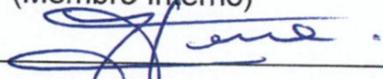
BANCA EXAMINADORA



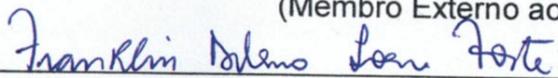
Prof.^a. Dra. Severina Alice da Costa Uchôa – UFRN
(Orientadora)



Prof.^o. Dr. Antonio Medeiros Júnior – UFRN
(Membro Interno)



Prof.^o. Dr. Zenewton André da Silva Gama – UFRN
(Membro Externo ao Programa)



Prof.^o. Dr. Franklin Delano Soares Forte – UFPB
(Membro Externo à Instituição)

Natal/RN
2013

A meu esposo e meu filho, sinônimos de amor incondicional a mim, por entenderem minhas ausências e minha dedicação profissional, por me incentivarem e compreenderem os motivos que me levam a isso e, por serem as pessoas que mais amo neste mundo. A vocês dedico esta conquista e o meu mais profundo amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que protege e guia meus caminhos.

À minha família, por se orgulhar de mim, em especial ao meu querido Pai, *in memoriam*, que, mesmo em outra dimensão, deve estar aplaudindo minha vitória.

A meus amigos e colegas de trabalho da, assim como eu lutadores do SUS, pelo apoio e incentivo.

À Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, pela busca incansável na reconstrução do Sistema Único de Saúde em Natal/RN.

À minha orientadora, Professora Severina Alice da Costa Uchôa, pela competência e apoio na condução deste trabalho, e por ter aceitado esse desafio. Obrigada por acreditar que posso dar o melhor de mim.

Aos meus professores que com seu exemplo, se tornaram uma referência para minha formação acadêmica, mostrando-me novos caminhos e soluções.

Aos colegas de mestrado, em especial, ao meu grupo de estudo, que dividiu comigo momentos de angústias e de superação.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, do Estado do Rio Grande do Norte, sem os quais esse estudo não seria possível.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente, para o sucesso desse trabalho.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo avaliar a satisfação dos usuários em relação à qualidade da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte. Trata-se de Pesquisa Avaliativa observacional transversal, com abordagem quantitativa, a qual faz parte da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Foram utilizados dados secundários de todas as entrevistas com usuários das equipes que participaram da Avaliação Externa do PMAQ no Estado do RN. A pesquisa foi realizada em 167 municípios do Estado do Rio Grande do Norte, na qual a população foi composta por 1.650 usuários. A amostra se deu por conveniência a partir dos seguintes critérios: usuários que estavam presentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar qualquer tipo de procedimento e que consentisse em participar da avaliação. Foram excluídos os que tinham ido pela primeira vez na unidade e aqueles que não frequentaram há mais de 12 meses. A coleta dos dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2013. Para tanto, foi elaborado um protocolo de pesquisa contendo as seguintes dimensões: organizacional, interpessoal e estrutural. Em relação à dimensão organizacional os resultados mostram que a marcação de consultas tem se configurado em empecilho ao acesso do usuário ao serviço de saúde, uma vez que se faz necessário para o atendimento, enfrentar filas, antes da abertura da unidade para pegar fichas. No tocante ao funcionamento da unidade, se destaca o fato dos usuários referirem que o horário de funcionamento da unidade atende à suas necessidades, apesar de funcionar 5 (cinco) dias por semana, a maioria das unidades permanece fechada no horário de almoço. Outro dado importante refere-se à coordenação do cuidado, cujos resultados apresentam diferenças maiores entre os usuários da região metropolitana e do interior do Estado em relação à Capital. Essa diferença se expressa principalmente em relação de marcação de consulta com outros profissionais especialistas. A dimensão interpessoal, no que diz respeito à categorias interação usuário-serviço-equipe e vínculo, demonstraram alguns avanços, contudo os melhores resultados foram observados em relação a satisfação com o cuidado, onde mais de 50% dos usuários se mostraram satisfeitos com o cuidado recebido nas unidades. Em contrapartida, o estudo mostrou que, na opinião de 56% dos usuários da capital, a falta de materiais e equipamentos influencia negativamente no cuidado. Por fim, o estudo contribuiu para reforçar a ideia de que a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde pode ser uma ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada, de forma a se repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho desenvolvido, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde estabelecido.

Palavras-Chave: Satisfação do Usuário. Qualidade. Atenção Primária. Saúde Pública.

ABSTRACT

The present study aims to assess the user satisfaction regarding the quality of Primary Health Care in Rio Grande do Norte. It Evaluative Research Cross-sectional study with a quantitative approach, which is part of the External Program Review Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ), the Federal University of Rio Grande do Norte. We collected secondary data from all interviews with users of the teams that participated in the External Evaluation of the State of PMAQ RN. The survey was conducted in 167 municipalities of the state of Rio Grande do Norte, where the population consisted of 1.650 users. The sample was made for convenience from the following criteria: users who were present at the Basic Health Unit (BHU) to perform any type of procedure and consented to participate in the evaluation. Excluded those who had come for the first time in the unit and those who have not attended for more than 12 months. Data collection was conducted from September to November 2013. Organizational, interpersonal and structural: For this purpose, a research protocol with the following dimensions was developed. Regarding the organizational dimension results show that appointments must be set to drag on the user's access to health services, since it is necessary for the service, queuing before opening the unit to pick up chips. Regarding the operation of the unit, it highlights the fact that users refer to the hours of operation of the unit meets their needs, despite running five (5) days per week, most units remains closed at lunchtime. Another important issue concerns the coordination of care, the results show major differences among users of the metropolitan region and the state in relation to the Capital. This difference is expressed mainly in relation to schedule a consultation with other professional experts. The interpersonal dimension, with respect to the categories user - service interaction and team - bonding, demonstrated some progress, but the best results were observed for satisfaction with care, where over 50 % of users were satisfied with the care received the units. In contrast, the study showed that, in the opinion of 56 % of the users of capital, lack of materials and equipment will negatively influence the care. Finally, the study helped to reinforce the idea that the evaluation of the satisfaction of users of health services can be an important tool to support the process of shared decision making in order to rethink the professional practices, reorganize the work process developed reallocate resources, actions readjust and redefine goals that are consistent with the health care bill established.

Key-words: Quality. Primary user Satisfaction

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Opinião dos Usuários entrevistados sobre a distância entre a Unidade de Saúde e o domicílio, Rio Grande do Norte, 2012.....	28
Tabela 2- Distribuição dos usuários segundo forma de marcação de consultas na unidade de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.....	29
Tabela 3 - Distribuição dos usuários segundo a facilidade da equipe de saúde para marcação de consulta com outros profissionais ou especialistas, Rio Grande do Norte, 2012.....	30
Tabela 4- Distribuição dos usuários segundo a frequência e tipo de orientação recebidas dos profissionais da equipe de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.....	31
Tabela 5- Distribuição dos usuários segundo a frequência em que o profissionais de saúde sugere soluções adequadas a realidade do paciente durante as consultas, Rio Grande do Norte, 2012.....	32
Tabela 6 - Distribuição do usuário segundo o tempo destinado na consulta médica ser suficiente para o paciente falar sobre seus problemas, Rio Grande do Norte, 2012.....	32
Tabela 7 - Distribuição dos usuários segundo a realização de Busca ativa pelos profissionais da unidade de paciente em abandono de tratamento, Rio Grande do Norte, 2012.....	33
Tabela 8 - Satisfação dos usuários sobre o cuidado recebido na unidade de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.....	34
Tabela 9- Distribuição dos usuários segundo a Influência da falta de material ou equipamento no atendimento da unidade de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.....	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO GERAL	15
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BUSCA PELA INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	16
4.2 QUALIDADE E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)17	
4.3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO	20
5 METODOLOGIA	23
5.1 TIPO DE ESTUDO	23
5.2 LOCAL E PERÍODO.....	23
5.3 CONTEXTO DO ESTUDO	23
5.4 POPULAÇÃO	24
5.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E CATEGORIAS.....	24
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
6 RESULTADOS	28
6.1 OS SUJEITOS DA AVALIAÇÃO	28
6.2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	28
6.2.1 <i>Acessibilidade</i>	28
6.3 DIMENSÃO INTERPESSOAL.....	31
6.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.....	35

7 DISCUSSÃO	36
7.1 OS SUJEITOS DA AVALIAÇÃO	36
7.2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	36
7.2.1 <i>Acessibilidade</i>	36
7.2.2 <i>Coordenação do Cuidado</i>	38
7.3.1 <i>Interação usuário-serviço-equipe</i>	40
7.3.2 <i>Vínculo</i>	41
7.3.3 <i>Satisfação com o cuidado</i>	42
7.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	43
7.4.1 <i>Influência da estrutura no cuidado</i>	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ganhando diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que nos remete a desafios importantes para a sua compreensão. A atenção primária à saúde vem sendo reconhecida como uma parte integrante do sistema formal de atenção à saúde em todos os países. Em diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (FAUSTO; MATTA, 2007).

Embora estes conceitos de atenção primária à saúde tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos impedimentos à sua aplicação. Somado a isso, deve-se considerar ainda que aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no cuidado à saúde produzem distintas interpretações e abordagens em APS nos diferentes sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). Nesse sentido a Política Nacional de Atenção Básica, tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família tem ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde. Mas, ao mesmo tempo, por ser um modelo específico de organização da atenção que tem incentivado à implantação nas diferentes realidades do país, tem provocado críticas importantes à sua estruturação e implementação.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento da atenção básica foram capazes de reorientar o modelo assistencial nos serviços de saúde do país e de consolidar uma maior qualidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pela rede pública (FAUSTO; MATTA, 2007).

Nesse sentido, a avaliação dos sistemas de saúde ganha força como um componente essencial para a tomada de decisões que busque superar a crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar os gastos públicos com a saúde, do outro (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Ainda de acordo com Contandriopoulos (2006) esta ideia se traduz na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, de criar uma verdadeira cultura de avaliação, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências cientificamente comprovadas.

Nesta perspectiva, alguns estudos de avaliação vêm sendo desenvolvidos no sentido de expansão da avaliação de práticas, programas e sistemas de saúde, considerando outras dimensões tais como: eficácia, efetividade, impacto, eficiência, qualidade, satisfação/percepção dos usuários, acessibilidade, cobertura, etc. (PAIM; SILVA, 2006).

No Brasil, algumas iniciativas de avaliação institucionais visam ir além dos aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, introduzindo mudanças na formação e capacitação dos sujeitos das práticas e nas relações de trabalho que tomam como foco a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento que requerem novas concepções de “porta de entrada” dos serviços (ROCHA et al., 2008) .

Na região nordeste, destacam-se experiências como o estudo da implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cujo objetivo era avaliar a Atenção Básica nas dimensões político institucional, a atenção à saúde e cuidado, tendo como foco expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família.

A mais recente iniciativa institucional de avaliação dos serviços de saúde se deu por meio da Portaria 1.654, publicada em 19 de julho de 2011, na qual o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), cujo teor vincula pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o PMAQ tem por objetivo 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.

Essa mudança é verificada por meio do processo de Avaliação Externa, a qual se configura como uma das fases na qual é realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade dos municípios e Equipes da Atenção Básica que participam do referido Programa.

Entretanto, a grande mudança em questão está na lógica do repasse de recursos para a Atenção Básica (AB), os quais estão atrelados ao desempenho obtido pelas equipes no processo de Avaliação Externa. Essa lógica, além de se configurar como um componente da nova Política de Atenção Básica (PNAB) instituída no país anunciou as mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo (BRASIL, 2011).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, o PMAQ pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto à criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, destaca-se o caráter voluntário para a adesão ao Programa tanto pelas equipes de saúde da atenção básica, quanto aos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos. Partindo disso, no Estado do Rio Grande do Norte (RN), a adesão ao PMAQ ocorreu em outubro de 2011 e correspondeu a 370 Unidades Básicas de Saúde e 412 Equipes de Atenção Básica, isto equivale a 34,1% de UBS e a 43,87% de adesão das EAB no Estado (BRASIL, 2013).

Uma das dimensões do PMAQ para avaliar a qualidade na atenção básica, está relacionada a satisfação dos usuários. Nesse aspecto, tem crescido o número de estudos com interesse na satisfação do usuário. Autores como Donabedian (1990); Vuori (1991); Maxwell (1992) já consideravam a aceitabilidade como um atributo relacionado à qualidade. Nesse sentido, a aceitabilidade é tida como o fornecimento dos serviços de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares (SAMICO et al., 2010).

Nessa direção, o estudo realizado por Cotta (2005) sobre a satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família já apontava para o fato de que a percepção dos usuários sobre a prática da Saúde da Família é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde.

Outros estudos como, por exemplo, o de Savassi (2010), afirmam que um dos aspectos fundamentais da qualidade de um serviço, refere-se à satisfação de seu usuário. Segundo o autor, a percepção do usuário interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na consequente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar (SAVASSI, 2010).

Estudos como o de Cotta (2005) partem do pressuposto de que a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita (COTTA et al., 2005).

Neste contexto, o presente estudo busca responder a seguinte pergunta: qual a satisfação dos usuários do Estado do Rio Grande do Norte em relação à qualidade da Atenção Primária?

Para tanto, o estudo se insere como um recorte na pesquisa multicêntrica relacionada à Avaliação Externa do PMAQ, realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos Estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí.

2 JUSTIFICATIVA

Vários aspectos contribuíram decisivamente para o interesse pelo tema e conseqüentemente instigaram à pesquisa. Dentre eles, destacam-se a trajetória profissional da pesquisadora atrelada à atenção primária e, especificamente, os anos dedicados à assistência e a gestão na Estratégia de Saúde da Família. Destaca-se ainda o fato da pesquisadora estar intimamente ligada a implantação do PMAQ, no município de Natal/RN, como membro do grupo de apoio institucional da Secretaria Municipal de Saúde. Sem dúvida, essas vivências têm contribuído de forma decisiva para uma atuação comprometida na construção de um novo paradigma de saúde.

O projeto apresenta sua relevância, na medida em que, vem corroborar com a proposta do Ministério da Saúde em avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica, com a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), buscando a identificação dos componentes acesso e qualidade, a partir da percepção do usuário, os quais são essenciais na atenção primária.

Acredita-se que a pesquisa possa contribuir, sobretudo, como ferramenta para a análise das práticas de saúde locais, fornecendo subsídios científicos para o planejamento de ações e tomada de decisão da gestão local e dos profissionais das equipes de saúde.

Diante do exposto, pretende-se que o estudo seja capaz de fornecer informações que possam se traduzir em intervenções concretas na melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população do Estado do Rio Grande do Norte.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a satisfação dos usuários em relação à qualidade da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a satisfação dos usuários em relação à dimensão organizacional (acesso, coordenação/continuidade do cuidado)
- Avaliar a satisfação dos usuários em relação à dimensão interpessoal (vínculo, interação usuário-serviço-equipe) da qualidade.
- Avaliar a satisfação do usuário em relação à materiais e equipamentos (influência das condições físicas e organizacionais).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BUSCA PELA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A crise na área da saúde vem ampliando o debate sobre a necessidade de rompermos com práticas vigentes, pautadas no paradigma flexneriano, visto que o mesmo tem demonstrado limitações em responder as necessidades sociais geradas pela complexidade do processo saúde-doença (MENDES, 1999). Neste contexto, a atenção primária se apresenta como um importante modelo na tentativa de superação das iniquidades sociais e de saúde de quase todos os países, tendo em vista seu caráter de formar a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, esse debate surge com o mesmo propósito de construção de novos paradigmas que reordenem as práticas, porém com o foco na necessidade de ampliar e enriquecer o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) tem sido a aposta do Ministério da Saúde, na expectativa de oferecer outra lógica de assistência, baseada em um conceito ampliado de saúde/doença, cujas práticas estão orientadas não apenas pelo enfoque da doença, mas também pelos problemas de saúde da população, riscos e determinantes (ARAUJO; ROCHA, 2009).

Apesar disso, ainda há uma frequente discussão sobre a tentativa de nomear o primeiro nível de atenção. Alguns autores referem que no Brasil essa discussão ganha contornos especiais: a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde” (MELO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Como dito anteriormente, o ideário do Programa de Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitária, assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, privilegia outras interfaces do sistema em diversos

sentidos: por sua vertente municipalista, busca estimular a organização dos sistemas locais; pautando-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade; e envolve os atores sociais destas mesmas realidades (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, a equipe de Saúde da Família assume o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde. Dessa forma, ao PSF foi então, atribuída a função de desenvolver ações básicas no primeiro nível de atenção à saúde, propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O grande desafio posto está na garantia de uma atenção integral e de qualidade. E é justamente nesse aspecto que a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção básica tem assumido maior relevância na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2 QUALIDADE E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

A substituição do modelo tradicional de atenção à saúde, prestado anteriormente no país, por outro cujo enfoque esteja pautado na integralidade do sistema e práticas de saúde, implica em custos e no enfiamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas marcadas pela tendência de extensão das equipes da Saúde da Família aos grandes centros urbanos e descentralização de responsabilidades com a média e alta complexidade com vistas à integralidade do sistema e das práticas de atenção à saúde (ROCHA et al., 2008).

Sendo assim, a importância do fortalecimento da reorganização da Atenção Básica para o aprimoramento do SUS, traz desafios metodológicos representados pela necessidade de avaliação das mudanças provocadas pela dinâmica entre as iniciativas de indução por parte do gestor federal do SUS e a capacidade de resposta evidenciada pelos municípios em diferentes contextos específicos. Estudos apontam que vários autores nacionais e internacionais reafirmam a necessidade de avaliação de programas e políticas (BODSTEIN, 2002).

Nessa perspectiva, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) surge no cenário nacional, por meio da Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011. Foi a primeira vez que o Estado vincula o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB) Pinto et al., (2012).

Tal medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo.

Ainda, segundo os autores, a criação do PMAQ tem por objetivo primordial que suas diretrizes e princípios se consolidem por meio de uma cultura de negociação e gestão comprometida com a mudança do modelo de atenção e gestão, o desenvolvimento da equipe e a orientação dos serviços em função das necessidades de saúde dos usuários.

Ao mesmo tempo, o Programa busca interferir de algum modo no que será negociado nesse espaço ao propor conteúdos e repertórios a essa negociação. Isso fica evidente ao apontar a direção do movimento de qualificação através de indicadores a serem alcançados e padrões de acesso e qualidade a serem implantados (BRASIL, 2012).

Alguns autores, como Felisberto (2006) ressaltam que, nas últimas décadas, vem ocorrendo de forma progressiva no Brasil, maior interesse nas iniciativas voltadas à avaliação em saúde. Tem sido observado um maior número de realizações de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, e até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com o objetivo de subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados. Franco e Campos (1998), também apontam para uma vigorosa retomada da qualidade dos serviços de saúde, considerando a avaliação um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

Entretanto, quando se discute a qualidade do serviço de saúde, no âmbito do PMAQ, um dos fatores a ser investigado é o acesso. Nesse aspecto, Giovanella e Fleury (2012) discutem que acesso é categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Discutem-no à luz dos modelos teóricos das diversas conceituações do termo ao longo da história.

O conceito de Acesso é complexo, e pode variar entre os autores, especialmente porque muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo

acesso como ato de ingressar, entrada (HOUAISS, 2001) ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Esse conceito também varia em relação ao enfoque. Há discordâncias sobre se a avaliação de acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos (ADAY; ANDERESSEN, 1974).

Entretanto, para Unglert (1990) o conceito que melhor se adequa ao estudo em análise é o de que o acesso tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes que extrapolam simplesmente a assistência à saúde.

Nessa perspectiva, para Pereira (2012) é possível inferir que o acesso está ligado à utilização dos serviços, porém vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; configura-se como um dispositivo transformador da realidade em saúde.

Outro aspecto fundamental da qualidade de um serviço refere-se à satisfação de seu usuário. Alguns autores, em revisão sobre o tema afirmam que é a partir da obra de Avedis Donabedian que a satisfação do paciente se torna um componente da avaliação de qualidade do serviço. Para Donabedian (1966) a satisfação do usuário, está incluída como um dos aspectos importantes para se medir resultados.

Diante disso, a percepção do usuário interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na conseqüente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado (SAVASSI, 2010). Ainda nesse sentido, Donabedian (1980) reforça essa ideia ao afirmar que, na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica necessariamente a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, torna-se claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução.

O setor da saúde tem adotado políticas para o resgate da qualidade, o que vem possibilitando a renovação dos modelos e práticas de atenção e cuidado à saúde, no sentido de garantir maior utilização e continuidade dos serviços, podendo

inclusive interferir para o aumento da satisfação do usuário (COSTA, 2004; LEMME, NORONHA, RESENDE, 1991).

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

Por fim, vale lembrar o papel que pode desempenhar a avaliação em saúde no sentido de resgatar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão (BODSTEIN; 2002).

4.3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO

As definições de avaliação de programa são inúmeras. Entretanto, a corrente canadense – Conrandiopoulos et al. (1997), conseguiu certo consenso ao redefini-la como uma atividade baseada fundamentalmente em se fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: a normativa, que procura estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios; e a pesquisa avaliativa – utilizada neste estudo- que examina, através de um procedimento científico, as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção.

Para o estudo em pauta optou-se pela Pesquisa Avaliativa com objetivo formativo. A Pesquisa Avaliativa se caracteriza como uma pesquisa social aplicada e consiste em fazer um julgamento ex post de uma intervenção utilizando métodos científicos. (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

O caráter formativo da avaliação, conforme aponta Hartz e Silva (2005) é utilizado com frequência na implementação de um programa, tendo por objetivo apoiar o seu desenvolvimento, fornecendo informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante seu andamento (FURTADO, 2001). Neste tipo de avaliação, o julgamento de valor toma critérios menos formais, não produzindo julgamentos definitivos sobre a efetividade do programa e sim enfocando caminhos com o objetivo de oferecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento (PATTON 1997 apud, STENZEL, 1996).

Segundo Minayo (2005), a avaliação, enquanto técnica e estratégia investigativa é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem vários sentidos, sendo o mais nobre, o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos.

A avaliação de qualidade utiliza a definição clássica de Donabedian por ser um dos principais autores que sintetiza uma proposta de avaliação, servindo de modelo para esse tema no campo da saúde (NOVAES, 2000).

Grande parte dos estudos de campo é baseada no modelo sistêmico de Donabedian (1990) que aborda as relações de estrutura, processo e resultados. A primeira corresponde às características estáveis dos provedores dos serviços, instrumentos e recursos. O processo refere-se às atividades, bens e serviços e os resultados aos efeitos dos objetivos propostos. Embora considere as limitações da avaliação de processo apresentada por Vuori (1991) que não se podem estabelecer relações causais diretas entre procedimentos utilizados e resultados.

Donabedian reconhece ser a avaliação de processo, entre as três abordagens, aquela que apresenta um caminho mais direto ao exame da qualidade. Estaria mais próximo dos efeitos, permitindo um melhor entendimento de critérios das boas práticas, potencializando os impactos dos cuidados. Além de possibilitar a identificação de fatores essenciais que facilitam ou impedem que as atividades atinjam seus objetivos e uma compreensão melhor dos interesses e conflitos que vão influenciar nos resultados. A avaliação de processos subsidia futuras intervenções que podem direcionar os efeitos. Para Donabedian a qualidade

também deve ser definida por seus atributos como, efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

Apesar de ser amplamente utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, esse modelo vem sofrendo críticas, quanto as suas limitações. Vuori (1991), entre outros autores, acrescenta à descrição de Donabedian a acessibilidade, adequação e a qualidade técnico-científica como atributos da qualidade.

Contandriopoulos e Cols (1997), para avaliar e que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (apreciação do processo), consideram as dimensões técnica, interpessoal e organizacional para avaliar a qualidade do processo nas avaliações normativas. A dimensão técnica aprecia a adequação dos serviços às necessidades usuários, inclui a apreciação da qualidade dos serviços. A dimensão interpessoal, considera os aspectos relacionados a subjetividade, denominada “arte do cuidado”, que inclui apoio que o pessoal dá aos pacientes, a satisfação destes, a cortesia dos produtores de cuidados e o respeito à pessoa. Por último, a dimensão organizacional que envolve a acessibilidade, cobertura/continuidade dos cuidados.

Neste estudo, será considerada apenas a avaliação de processos com foco nos aspectos organizacionais e interpessoais dos serviços de saúde. A avaliação de processo adquire cada vez maior importância porque permite subsidiar a gestão na correção ou mudanças de rota para resolver um problema de saúde antes que ocorram desfechos desfavoráveis. Nesse sentido, alguns autores enfatizam a avaliação como fator qualificador do processo de gestão, que tem como referência a descentralização do sistema de saúde e as estratégias de organização da atenção básica (BODSTEIN e CODONI JUNIOR, 2002).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa observacional transversal, com abordagem quantitativa. Os dados são referentes à Avaliação Externa realizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012, fazem parte de uma pesquisa multicêntrica, realizado em todos os municípios brasileiros em parceria com seis instituições de pesquisa entre elas a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), financiada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A coleta de dados primária foi realizada em todos os estados brasileiros em Agosto de 2012. Aqui serão analisados os dados do estado Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

5.2 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa foi realizada nos 167 municípios do Estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2013.

5.3 CONTEXTO DO ESTUDO

O sistema de saúde do RN é composto por 1085 Unidades Básicas de Saúde. Dados mais recentes do Ministério da Saúde, referentes a setembro de 2013 apontam um total de 939 Equipes de Saúde da Família implantadas no Estado, com um total de 2.577.116 usuários cadastrados na Atenção Básica. Esse número corresponde a uma cobertura de 79,3% da população residente.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica/MS, a adesão ao PMAQ correspondeu a 412 equipes de atenção básica em 370 UBS, o que equivale a um percentual de 43,87% de adesão no Estado (BRASIL, 2013).

5.4 POPULAÇÃO

A população de estudo constou dos 1.650 usuários que responderam aos questionários nas unidades que fizeram parte da Avaliação Externa.

A amostra foi intencional, feita por conveniência a partir dos seguintes critérios de inclusão: usuários que estavam presentes na Unidade Básica de Saúde para realizar qualquer tipo de procedimento e que consentisse em participar da avaliação. Foram excluídos os que tinham ido pela primeira vez na unidade e aqueles que não frequentaram há mais de 12 meses.

5.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS, INSTRUMENTO E CATEGORIAS

Foram utilizados dados secundários, obtidos no banco da Avaliação Externa do PMAQ/UFRN disponibilizado pelo Ministério da Saúde, a partir do questionário do Módulo III do Programa.

O banco da Avaliação Externa foi elaborado a partir de dados coletados em um questionário informatizado (aplicativo) disponibilizado em tablets e enviados on-line ao servidor do DAB/MS. Esse questionário é denominado de Instrumento de Avaliação Externa do “Saúde mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – Programa de Melhoria do Acesso e Da Qualidade da Atenção Básica –PMAQ”. O mesmo foi elaborado coletivamente pelas equipes de coordenação da Avaliação Externa do PMAQ das 6 IES e o Departamento de Atenção Básica em 5 oficinas no período de fevereiro a maio de 2012. Consta de 3 módulos: **Módulo I** – Observação das Unidades de Saúde; **Módulo II** – Entrevistas com profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação Unidades de Documentos e o **Módulo III** - Entrevista com Usuários na Unidade.

Para esse estudo, as informações do banco de dados do Módulo III, foram coletadas a partir da elaboração de um protocolo de pesquisa contendo as seguintes dimensões: organizacional, interpessoal e estrutural.

Na dimensão **organizacional** foram avaliadas categorias como: **acessibilidade** (distância da unidade, funcionamento da unidade, marcação de consulta, presença do médico na unidade ou em atividades no bairro, da equipe para atendimento, opção de escolha da equipe para o atendimento) e **coordenação**

do cuidado (consulta com outros profissionais ou especialistas, acompanhamento da equipe aos usuários que consultam com outro profissional ou especialista).

Na dimensão **interpessoal** foi analisada a **interação-usuário-serviço-equipe** (resolutividade da equipe, orientação quanto a cuidados com a recuperação da saúde e outras necessidades do usuário, adequação do cuidado a realidade do usuário); **o vínculo** (tempo suficiente, durante a consulta para o usuário falar sobre seus problema, usuários atendidos pelo mesmo médico, profissionais que lembram o que aconteceu na última consulta, facilidade para tirar dúvidas após as consultas) e a **satisfação com o cuidado** (satisfação com o cuidado dispensado ao usuário e a familiares, opção de mudança de equipe ou unidade de saúde, indicação da unidade para um amigo ou familiar).

A dimensão relacionada a **materiais e equipamentos** contemplou a **influência da estrutura no cuidado** (influência da falta de material ou equipamento que no atendimento, disponibilidade de medicamento na unidade).

Quadro 1- Protocolo de Pesquisa elaborado para coleta de dados no banco do PMAQ- Módulo III

DIMENSÃO	CATEGORIAS	INDICADORES/VARIÁVEIS
Dimensão organizacional	Acessibilidade	Distância da unidade de saúde Funcionamento da Unidade Facilidade na marcação de consulta Presença do médico na unidade ou em atividades no bairro Opção de escolha da equipe para atendimento
	Coordenação do Cuidado	Facilidade de consulta com outros profissionais ou especialistas Acompanhamento da equipe aos usuários que consultam com outro profissional ou especialista
Dimensão interpessoal	Interação usuário-serviço-equipe	Resolutividade da equipe Orientação quanto a cuidados com a recuperação da saúde e outras necessidades do usuário Adequação do cuidado a realidade do usuário

	Vínculo	Tempo suficiente, durante a consulta para o usuário falar sobre seus problemas. Facilidade para tirar dúvidas após as consultas Busca ativa de pacientes em abandono de tratamento
	Satisfação com o cuidado (Subjetiva)	Satisfação com o cuidado dispensado ao usuário e a familiares Opção de mudança de equipe ou Unidade de Saúde. Indicação da Unidade de Saúde para um amigo ou familiar.
Materiais e Equipamentos	Influência da estrutura no cuidado (Objetiva)	Influência da falta de material ou equipamento que no atendimento. Disponibilidade de medicamento na unidade.

Fonte: Adaptado de Contandriopoulos e cols,1997.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis/categorias independentes da matriz de relevância foram analisadas através de estatística descritiva, utilizando-se a versão livre do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0.0.para distribuição de frequência.

Para análise, os municípios foram agrupados da seguinte forma:

GRUPO	CRITÉRIO	MUNICÍPIO
Grupo 1	Capital Natal	Natal
Grupo 2	Municípios da Região Metropolitana (Grande Natal)	Extremoz, Macaíba, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante
Grupo 3	Outros municípios do RN	Demais municípios do interior do Estado do RN

O agrupamento teve por intenção verificar se haviam grandes diferenças nos resultados, visto que a capital concentra um maior aparato tecnológico do que os municípios do interior. Os resultados dos municípios da região metropolitana, também poderiam sofrer influência pela proximidade da capital e vice-versa.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21904 em 13/03/ 2012, em consonância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), visto que a pesquisa de Avaliação Externa do PMAQ foi realizada em todo Brasil.

6 RESULTADOS

6.1 OS SUJEITOS DA AVALIAÇÃO

A amostra (1650 usuários) foi constituída em sua grande maioria de mulheres (83,4%), cuja faixa etária predominante ficou entre 20 a 39 anos (49%), sendo que 74,5 moram com companheiro.

Dos entrevistados 67,7% referiu morar com até 04(quatro) pessoas. A maioria dos usuários identifica-se como pardo/mestiço (48,6) e é alfabetizada (80,3%). Em relação à renda, 76,2% não possui trabalho remunerado e 14,7% referiu ser aposentado. No entanto, 36,9% possuíam renda de até 1(um) salário mínimo. Quanto a benefícios sociais, 61,8% dos usuários, possui cadastro no Programa Bolsa Família e destes 91,6% recebe mensalmente o benefício.

6.2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

6.2.1 Acessibilidade

Tabela 1- Opinião dos Usuários entrevistados sobre a distância entre a Unidade de Saúde e o domicílio, Rio Grande do Norte, 2012.

Distância	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perto	81	66	73	54,9	926	66,4	1080	65,5
Razoável	34	27,6	34	25,6	279	20,0	347	21,0
Longe	8	6,5	26	19,5	186	13,3	220	13,3
Não sabe/não respondeu	-	-	-	-	3	0,2	3	0,2
Total	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,00

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

A tabela 1 mostra que em relação à distância entre a unidade de saúde e o domicílio, 65,5% dos entrevistados considerou perto. Ao se analisar separadamente os grupos, esse percentual se mantém próximo, apenas nos municípios da região metropolitana, exceto a capital, esse percentual é um pouco mais baixo (54,9%), porém ainda se configura a maioria das respostas.

Ainda em relação a distancia, 52,3% dos entrevistados afirmaram que essa é de até 500(quinhentos) metros da unidade, o que pode ser tido como um indicador positivo ao acesso do usuário ao serviço de saúde.

Tabela 2- Distribuição dos usuários segundo forma de marcação de consultas na unidade de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.

Forma como faz para marcação de consulta	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marca por telefone	-	-	1	8,0	6	4	7	0,4
Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora	13	10,6	17	12,8	114	8,2	144	8,7
Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	17	13,8	26	19,5	339	24,3	382	23,2
Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde abrir	72	58,5	68	51,1	780	56,0	920	55,8
O agente comunitário de saúde marca a consulta	18	14,6	19	14,3	110	7,9	147	8,9
Não faz marcação nesta unidade	1	,8	0	0,0	10	,7	11	0,7
Outro(s)	2	1,6	2	1,5	35	2,5	39	2,4
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Em relação à forma de consulta na unidade, percebe-se na tabela 2 que a maioria dos usuários (55,8%) vai à unidade para pegar ficha, sendo necessário enfrentar fila antes da unidade de saúde abrir. Esse percentual se acentua ainda mais na capital (58,5%). Apesar de, quando necessário, 63,7% dos usuários conseguirem marcar consulta para o mesmo dia, a forma de atendimento é por ordem de chegada em 94,4% dos casos, sem um critério clínico definido.

Ainda em relação ao funcionamento 86,9% dos entrevistados responderam que a unidade de saúde funciona 5 (cinco) dias por semana, entretanto, 84,9%, não funcionam no horário do almoço. Apesar disso, quando questionados se o horário de funcionamento da unidade atende as suas necessidades 85,3% os usuários respondeu que sim.

Quanto à escolha da equipe para seu atendimento, 75,2% dos usuários não possui essa opção na unidade. Observou-se ainda que 64,6% dos pacientes são atendidos sempre pelo mesmo médico na unidade e 70,4% pelo mesmo enfermeiro.

Em 55% dos casos o médico encontra-se presente na unidade ou em atividades no bairro durante o horário de funcionamento. Na capital esse percentual chega a 74%.

6.2.2 Coordenação do Cuidado

Tabela 3 - Distribuição dos usuários segundo a facilidade da equipe de saúde para marcação de consulta com outros profissionais ou especialistas, Rio Grande do Norte, 2012.

Facilidade de marcação de consulta, pela equipe da unidade, com outros profissionais ou especialistas	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sempre	35	28,5	61	45,9	721	51,7	817	49,5
Algumas vezes	29	23,6	19	14,3	224	16,1	272	16,5
Não	39	31,7	20	15,0	129	9,3	188	11,4
Nunca precisou	19	15,4	33	24,8	310	22,2	362	21,9
Não sabe/não respondeu	1	0,8	0	0,0	10	0,7	11	0,7
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Em relação à coordenação do cuidado, 49,5% dos entrevistados do RN, respondeu que, quando necessário, à equipe de saúde tem facilidade em marcar consulta com outros profissionais ou especialistas, todavia, essa facilidade não é visualizada na capital, onde 31,7% dos usuários referiram dificuldades da equipe nessa marcação. Esse percentual representa a maioria dos entrevistados na capital.

Quanto ao acompanhamento desses pacientes que realizam consulta com outros profissionais fora da unidade, em 39,6% dos casos a equipe de saúde não conversa com o usuário sobre esse atendimento.

6.3 DIMENSÃO INTERPESSOAL

6.3.1 Interação usuário-serviço-equipe

Tabela 4- Distribuição dos usuários segundo a frequência e tipo de orientação recebidas dos profissionais da equipe de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.

Orientação sobre cuidados para recuperação da saúde	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Sempre	71	57,7	84	60,5	949	68,1	1104	66,9
Na maioria das vezes	25	20,3	22	18,4	224	16,1	271	16,4
Nunca	15	12,2	13	10,9	157	11,3	185	11,2
Não sabe/não respondeu	0	-	14	10,2	64	4,6	90	5,5
Orientação sobre sinais que indicam a melhora ou piora do estado de saúde								
Sempre	62	50,4	80	60,2	893	64,1	1035	62,7
Na maioria das vezes	24	19,5	18	13,5	172	12,3	214	13,0
Nunca	21	17,1	11	8,3	197	14,1	229	13,9
Não sabe/não respondeu	16	13,0	24	18,0	132	9,5	172	10,4
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Os resultados apresentados na tabela 4 indicam que 66,9% dos usuários recebe orientação sobre cuidados para recuperação da saúde. Em relação a orientações sobre sinais que indicam a melhora ou piora do estado de saúde, 62,7% afirmaram que sempre recebem essas informações da equipe, o que também corresponde à maioria das respostas dos entrevistados.

Tabela 5- Distribuição dos usuários segundo a frequência em que o profissionais de saúde sugere soluções adequadas a realidade do paciente durante as consultas, Rio Grande do Norte, 2012.

Sugestão de soluções adequadas à realidade do paciente	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Sempre	49	39,8	57	42,9	614	44,0	720	43,6
Na maioria das vezes	27	22,0	33	24,8	231	16,6	291	17,6
Nunca	42	34,1	39	29,3	482	34,6	563	34,1
Não sabe/não respondeu	5	4,1	4	3,0	67	4,8	76	4,6
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012

A tabela 5 mostra que 43,6% dos usuários referiu que o profissional de saúde sempre sugere soluções adequadas a realidade do paciente, durante as consultas. Nesse sentido, 61% dos usuários afirmaram que durante as consultas os profissionais sempre ou quase sempre fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde, além daquelas relacionadas ao motivo da consulta 37,4% nunca perguntaram e 1,6% não souberam ou não responderam. Em relação à resolutividade da equipe, 70% dos usuários afirmaram que a equipe busca resolver suas necessidades ou problemas na própria unidade de saúde. Na capital o percentual de resolutividade foi de 55,3%.

6.3.2 Vínculo

Tabela 6 - Distribuição do usuário segundo o tempo destinado na consulta médica ser suficiente para o paciente falar sobre seus problemas, Rio Grande do Norte, 2012.

Tempo para o paciente falar de seus problemas de saúde	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Sim	91	74,0	102	76,7	1117	80,1	1310	79,4
Algumas vezes	14	11,4	12	9,0	96	6,9	122	7,4
Não	16	13,0	18	13,5	138	9,9	172	10,4
Não sabe/não respondeu	2	1,6	1	0,8	20	1,4	20	1,4
Não se aplica	-	-	-	-	23	1,6	23	1,6
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Em relação ao vínculo, observa-se que 79,4% dos usuários acredita que, durante as consultas médicas, o tempo é suficiente para que possa falar sobre seus problemas. Segundo 34,4% dos entrevistados o tempo das consultas está abaixo de

15 minutos. Ainda de acordo com 37,6% dos entrevistados, as consultas duram em média de 15 a 20 minutos e o restante que corresponde a 34,4% respondeu que esse tempo está acima de 20 minutos. Ainda em relação às consultas 45% dos profissionais lembram-se do que aconteceu na última consulta.

Tabela 7 - Distribuição dos usuários segundo a realização de Busca ativa pelos profissionais da unidade de paciente em abandono de tratamento, Rio Grande do Norte, 2012.

Busca ativa de pacientes em abandono de tratamento	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Sim	25	20,3	28	21,1	349	25,0	402	24,4
Algumas vezes	12	9,8	2	1,5	68	4,9	82	5,0
Não	67	54,5	50	37,6	340	24,4	457	27,7
Nunca abandonou	17	13,8	52	39,1	619	44,4	688	41,7
Não sabe/não respondeu	2	1,6	1	0,8	18	1,3	21	1,3
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Na tabela acima se observou que em relação à busca ativa dos pacientes que abandonam o tratamento, 27,7% dos usuários referiram que a equipe não realiza. Esse índice é mais elevado na capital (54,5%). Também é possível verificar que 41,7% dos usuários referiu que nunca abandonou o tratamento.

Por conseguinte, em relação ao acompanhamento no domicílio, 84,6% dos usuários informou que recebe visita do agente comunitário de saúde (ACS), em contracenso com 68,1% que não recebe visita de outros profissionais da equipe. Esse número se mantém em todos os grupos, exceto na capital em que 74,8% dos usuários referiram receber a visita do ACS.

6.3.3 Satisfação com o cuidado

Tabela 8 - Satisfação dos usuários sobre o cuidado recebido na unidade de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.

Satisfação com o cuidado recebido pelo usuário na unidade	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito bom	16	13,0	20	15,0	227	16,3	263	15,9
Bom	60	48,8	69	51,9	796	57,1	925	56,1
Regular	44	35,8	41	30,8	335	24,0	420	25,5
Ruim	1	0,8	2	1,5	25	1,8	28	1,7
Muito ruim	2	1,6	1	0,8	6	0,4	9	,5
Não sabe/não respondeu	-	-	-	-	5	0,4	5	,3
Satisfação com o cuidado recebido pelos familiares								
Muito bom	13	10,6	17	12,8	218	15,6	248	15,0
Bom	51	41,5	71	53,4	773	55,5	895	54,2
Regular	45	36,6	37	27,8	319	22,9	401	24,3
Ruim	3	2,4	4	3,0	34	2,4	41	2,5
Muito ruim	1	0,8	0	0,0	8	0,6	9	,5
Não se aplica	7	5,7	3	2,3	21	1,5	31	1,9
Não sabe/não respondeu	3	2,4	1	0,8	21	1,5	25	1,5
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Em se tratando da satisfação do usuário com o cuidado recebido na unidade 56,1% dos usuários considerou bom, o que corresponde à maioria dos entrevistados. Esse percentual também se mantém próximo quando se analisa o cuidado recebido pelos familiares (54,2%).

Quando questionados sobre se tivessem a opção de mudança de equipe ou de unidade, 78,5% dos usuários referiram que não mudariam. Apesar de na capital esse percentual, ser de 65,9 ainda representa a maioria dos entrevistados.

6.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

6.4.1 Influência da estrutura no cuidado

Tabela 9- Distribuição dos usuários segundo a Influência da falta de material ou equipamento no atendimento da unidade de saúde, Rio Grande do Norte, 2012.

Influência da falta de material ou equipamento no atendimento da unidade	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sempre	58	47,2	24	18,0	139	10,0	221	13,4
Algumas vezes	42	34,1	44	33,1	392	28,1	478	29,0
Nunca	19	15,4	60	45,1	848	60,8	927	56,2
Não sabe/não respondeu	4	3,3	5	3,8	15	1,1	24	1,5
TOTAL	123	100,0	133	100,0	1394	100,0	1650	100,0

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ, 2012.

Nos municípios da região metropolitana, exceto capital, e nos demais municípios do interior do Estado, 56,2% dos usuários responderam que a falta de material ou equipamento nunca influenciou no atendimento da unidade, entretanto, em Natal, 47,2% dos usuários responderam que essa falta sempre tem prejudicado o atendimento, o que indica que a estrutura tem tido influência no cuidado.

Outro dado interessante é que 27% dos usuários referiram que os medicamentos receitados pelo profissional, estão disponíveis sempre na unidade, 55,5% algumas vezes. Nesse sentido, 8,5% dos usuários respondeu que a unidade não dispensa medicamento, 7,0% respondeu que a unidade nunca entrega e 2,0% não soube ou não respondeu. Na capital esses percentuais diferem um pouco, onde 7,3% responderam que os medicamentos estão disponíveis sempre, 73,2% algumas vezes, 1,6% respondeu que a unidade não dispensa medicamento, 16,3% respondeu que nunca e 1,6% não soube ou não respondeu.

7 DISCUSSÃO

7.1 OS SUJEITOS DA AVALIAÇÃO

Ao se analisar os principais sujeitos da pesquisa, em uma observação de caráter geral, esse predomínio refere-se à perspectiva das mulheres como avaliadoras de serviços de saúde. Trad et al. (2002) em um estudo etnográfico sobre satisfação do usuário, realizado no Programa Saúde da Família da Bahia, refere que a avaliação das mulheres é caracterizada pelo conhecimento ímpar do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico (TRAD et al.; 2002).

Outro estudo, realizado sobre avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo (IBAÑEZ et al., 2006) mostrou que o fato da maioria dos entrevistados serem do sexo feminino infere uma situação social em que o papel feminino é nuclear no grupo familiar no cuidado à saúde.

7.2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

7.2.1 Acessibilidade

Em relação aos achados chama a atenção o fato de que apesar da distância encontrada entre a unidade de saúde e o domicílio dos usuários ser considerada perto, indica a diminuição da barreira geográfica, porém existem outros fatores como a forma de marcação de consulta impõem barreiras organizacionais para a acessibilidade.

O estudo realizado por Ibañez et al. (2006), sobre avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo, já citado anteriormente, a satisfação dos usuários em relação a critérios relacionados a acessibilidade, verificou-se, nos escores simples pouca variação dos resultados, entretanto, quando se dirige a análise para os escores ajustados, aparecem quais as dimensões que alcançaram os melhores percentuais de satisfação. Nesse sentido, observa-se que os menores percentuais de satisfação foram obtidos nos municípios com baixa complexidade da rede ambulatorial e indicadores sociais menos favoráveis (IBAÑEZ et al., 2006).

Outro estudo realizado por Brandão et al. (2013) sobre avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários, o indicador relacionado a organização dos serviços foi o que recebeu a pior avaliação em comparação aos outros indicadores. A análise de possíveis associações entre os padrões de resposta e as características dos usuários, a população com menor nível de escolaridade se mostrou mais satisfeita (BRANDÃO et al., 2013).

Para Starfield (2002) a acessibilidade é vista como um dos quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária. Para ela a acessibilidade envolve a além da localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos de acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, é possível observar que a forma de marcação de consulta, tem se configurado em empecilho ao acesso do usuário ao serviço de saúde, uma vez que se faz necessário para o atendimento, enfrentar filas, antes da abertura da unidade para pegar fichas. Esse procedimento também não se traduz na garantia do acesso baseado em critérios clínicos pré-estabelecidos, uma vez que o critério referido para atendimento é a ordem de chegada.

É oportuno ressaltar que autores como Starfield (2002) distinguem acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Contudo, é oportuno lembrar que outros autores também apontam que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afetam a decisão de procurá-los (STARFIELD, 2002).

No tocante ao funcionamento da unidade, chama a atenção o fato dos usuários referirem que o horário de funcionamento da unidade atende à suas necessidades, apesar da maioria referir que, mesmo funcionando 5 (cinco) dias por semana, a grande maioria fecha no horário de almoço.

O não reconhecimento do horário como um problema ou necessidade de saúde pelo usuário demonstrado no estudo, pode estar relacionado com sua percepção do que é um problema ou necessidade de saúde. Segundo Starfield (2002) um paciente pode não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara a outra, contudo é papel do profissional de saúde a determinação precisa dessas necessidades.

Essa situação também evidencia que a organização dos serviços possui fraca inclinação para os cuidados primários centrados no usuário. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o reconhecimento insuficiente da dimensão humana na saúde e a necessidade de adaptar a resposta dos serviços às especificidades de cada comunidade e de cada situação individual, representam a maior limitação dos cuidados de saúde contemporâneos, resultando não somente em iniquidades e resultados sociais adversos, mas reduzindo também os ganhos em saúde expectáveis do investimento nos serviços de saúde (OMS, 2008).

Diante do exposto, salienta-se que os cuidados primários orientados ao usuário vão além da organização redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza. Os funcionários dos serviços de saúde têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento (OMS, 2008).

7.2.2 Coordenação do Cuidado

A coordenação apresenta diferenças maiores entre os usuários da região metropolitana e do interior do Estado em relação à Capital. Essa diferença se expressa principalmente em relação de marcação de consulta com outros profissionais especialistas.

Em um estudo, que investiga as possíveis relações entre a coordenação do cuidado dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários, realizado em grandes centros urbanos, nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Almeida et al. (2012), aponta que os resultados mais favoráveis obtidos em relação à coordenação foram naqueles em que foram empreendidas ações para dar protagonismo à APS, as quais incluíram o fortalecimento de alguns de seus atributos tradicionais, como acessibilidade e porta de entrada, e outros, como resolutividade, reconhecimento profissional e social e descentralização das ações de saúde coletiva.

Para inserir a ESF à rede de serviços os municípios investiram no fortalecimento da capacidade regulatória das Secretarias Municipais de Saúde. A pesquisa mostra que Belo Horizonte apresentou melhores resultados com relação às estratégias de integração da rede, principalmente no que se refere à capacidade regulatória, com estabelecimento de contratos com o setor privado de acordo com as necessidades do SUS e descentralização das funções de regulação assistencial para os distritos e equipes de saúde da família (ALMEIDA et al., 2012).

Considerando o fato de que Natal possui um sistema de regulação, fica evidente a dificuldade desse sistema em dar respostas às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, de forma a garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado (BRASIL, 2006).

Por outro lado, deve ser considerado, o fato de que o processo de regulação se insere em um contexto de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. Outro aspecto que contribui para a instalação desse cenário, é a demanda vinda dos municípios do interior e da própria região metropolitana, que vai muito além do que foi pactuado, principalmente pelo fato da capital concentrar maior aparato tecnológico, do que os demais municípios do Estado.

Ainda de acordo com o apontado no estudo descrito acima, é possível alcançar melhorias na coordenação dos cuidados e na qualidade da atenção mesmo diante de constrangimentos impostos por rotatividade profissional, formação especializada, baixo prestígio dos trabalhadores da APS, 'gargalo' na oferta de atenção especializada, entre outros desafios (ALMEIDA et al., 2012).

Se considerarmos o fato de que, nem todas as necessidades podem ser atendidas dentro da atenção primária, significa dizer que as pessoas têm de ir a outros lugares para resolver seus problemas de saúde, portanto, há necessidade do desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços (STARFIELD, 2002).

7.3 DIMENSÃO INTERPESSOAL

7.3.1 Interação usuário-serviço-equipe

No que diz respeito à interação usuário-serviço-equipe a realidade do RN, os resultados apresentados destacam-se como pontos positivos no estudo. Esses resultados também podem ser verificados em vários estudos sobre a satisfação dos usuários e o desempenho da atenção primária (IBAÑEZ et al., 2006; TRAD et al., 2002; MISHIMA et al., 2010).

Outro estudo realizado em Ribeirão Preto, sobre a assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários, demonstra que a interação entre o usuário e a equipe se conforma, tanto na expectativa de bons encontros que os usuários esperam ter na unidade de saúde como na insatisfação da relação que se conforma, principalmente, com o médico. Mesmo considerando esses aspectos, na interação equipe/usuários, os usuários mencionaram que a equipe procura dar atenção a seus problemas, e mantém atitude cuidadora, gerando bons encontros quando buscam o serviço (MISHIMA et al., 2010).

Esses aspectos foram também observados nos estudos já citados anteriormente (IBAÑEZ et al. 2006 apud, TRAD et al., 2002), onde os usuários expressaram satisfação em relação à dimensão relacional, destacando o respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe. Por outro lado, como já apontado, houve, também, a percepção de que a equipe em determinadas ocasiões não considera importante às queixas apresentadas, e criticam a atitude autoritária muitas vezes assumida pelo médico, gerando insatisfação quanto à atenção prestada.

De certa forma, numa análise mais global, pode ser observado nesse estudo que as dimensões que envolvem a atenção direta na unidade de saúde são mais bem avaliadas do que as outras cuja essência requer mudanças mais profundas na cultura e comportamento dos serviços.

7.3.2 Vínculo

Ao se avaliar a satisfação do usuário no tocante ao vínculo, percebe-se claramente uma aproximação dos usuários com a equipe de saúde, principalmente em relação à consulta médica, momento no qual a maioria dos usuários referiu que o tempo é suficiente para falar sobre seus problemas.

Destaca-se ainda o tempo dispensado às consultas, que na grande maioria está acima de 15(quinze) minutos (72%). Esses resultados também foram encontrados no estudo realizado por Cotta et al (2005), para avaliar a satisfação dos usuários referente ao cuidado em saúde prestado pela equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família (PSF) de Teixeira – MG. Em contrapartida, esses autores referem no mesmo estudo que em estudos realizados por de Espinosa et al. em Hidalgo-México no qual verificou que 70,96% dos usuários se referiam ao tempo dedicado à consulta de 5 a 15 minutos.

No estudo, os mesmos autores ressaltam que a avaliação positiva dos usuários da relação médico-usuário confirma a importância do PSF no estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população assistida, já que o programa preconiza uma abordagem qualitativa do acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes (COTTA et al., 2005).

Segundo Costa (2004), o resultado se torna relevante ao considerarmos o fato de que o encontro entre usuário e profissionais de saúde deve ser destinado à aproximação dos mesmos, através da capacidade de escuta, que permite a apreensão das necessidades de saúde do usuário, pois a necessidade pode estar relacionada com os desejos e aspirações subjetivas diferentes dos sintomas que o levaram à consulta.

Por outro lado, se pensarmos que o vínculo se refere à condição da unidade em ser uma fonte regular de atenção, esses resultados se apresentam contraditoriamente desfavoráveis no Estado do RN, visto que 27,7% dos usuários que abandonam o tratamento não são procurados pela equipe de saúde. Esse dado se acentua ainda mais na capital, cujo percentual é de 54,5% dos usuários em que a equipe não realiza busca ativa.

Esse resultado pode estar intrinsecamente relacionado ao fato de que a maioria dos usuários não recebe a visita de outros membros da equipe, exceto do ACS, visto que para Conill (2002), a grande visibilidade do PSF se dá pela presença maciça desses profissionais responsáveis pelas visitas e pelo acompanhamento dos grupos prioritários.

7.3.3 Satisfação com o cuidado

Em relação aos achados relacionados à satisfação com o cuidado observa-se que os resultados podem ser considerados positivos. Os mesmos resultados podem ser verificados em relação à satisfação dos usuários com o cuidado dispensado pela equipe de saúde aos seus familiares. Essa satisfação fica mais evidente quando a maioria dos usuários refere se tivessem a opção, não mudariam de unidade.

Cotta et al. (2005), refere que estudos sobre a satisfação comunitária com o Programa Saúde da Família apontam sempre para um bom nível de aprovação popular, devido ao maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação do processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento.

Nesse sentido, os autores concluem ainda que, nos municípios estudados, existe uma forte associação dessa satisfação com as variáveis relacionadas à duração das consultas, periodicidade das visitas domiciliares, relação profissional de saúde-usuário, escolaridade e renda familiar mensal.

Ressaltam também que o baixo nível de escolaridade, bem como a baixa renda familiar mensal dos usuários pode estar favorecendo o juízo de satisfação em relação ao serviço de saúde, pois o usuário tende a ser mais condescendente com o serviço recebido. Em se tratando do estudo ora apresentado, os mesmos fatores podem estar associados a esse elevado grau de satisfação, porém essa confirmação somente poderá ser obtida com análises estatísticas mais específicas.

7.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

7.4.1 Influência da estrutura no cuidado

Os elevados percentuais obtidos em relação à influência da falta de material ou equipamento no atendimento nas unidades de saúde da capital refletem o estado de sucateamento e abandono pelo qual se encontrava a rede de saúde, no período.

Na pesquisa realizada sobre a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife, esses percentuais também puderam ser observados. O estudo revelou que os usuários, apresentam maiores níveis de satisfação com o trabalho dos profissionais, em detrimento a estrutura das unidades (SANTIAGO, 2010).

Apesar do Ministério da Saúde, ter adotado estratégias para alavancar melhorias na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica, constata-se um número significativo de unidades com estrutura física inadequada, não raro, improvisada.

A implantação de estratégias como, por exemplo, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o próprio Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo foco prioritário é garantir o aporte de recursos financeiros para a qualificação da estrutura dessas unidades, ainda se faz necessários maiores investimentos para que a atenção primária possa se consolidar na porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo os resultados gerais apontam avanços em relação quanto à satisfação do usuário em relação à atenção primária no Estado do RN. Os resultados mais expressivos estão relacionados à dimensão interpessoal, especialmente no que diz respeito aos aspectos relacionados ao vínculo entre equipe e usuários. Nesse sentido, os resultados se aproximam de vários estudos de avaliação da atenção primária (TRAD et al., 2002; COTTA et al., 2005; IBAÑEZ et al., 2006; BRANDÃO et al., 2013).

Comparando os achados de alta satisfação no presente estudo, com outras pesquisas já realizadas, infere-se que estes podem estar relacionados a um nível baixo de expectativas, já que a rede de serviços de saúde, principalmente no Estado do RN configura-se como uma rede com dificuldades de acesso e estruturais pelos usuários, o que acarreta na sobrecarga nos serviços da capital. Diante disso, se a expectativa for baixa mais facilmente se alcança a satisfação, mesmo quando a qualidade do serviço prestado não é tão elevada assim (BRANDÃO et al., 2013).

Autores como Costa et al. (2008), enfatizam que há certa “naturalização” para baixa qualidade na visão dos usuários os quais terminam por reconhecer o serviço recebido como um favor ou doação e não como um direito, o que representa uma das diferentes interpretações para o gratuito.

Em contrapartida aos avanços, observa-se que os piores resultados obtidos foram os relacionados à dimensão organizacional, com destaque para capital que apresenta piores índices em relação ao acesso e à coordenação do cuidado.

Em relação ao acesso destacam-se como pontos negativos os aspectos relacionados à consulta na unidade. Nesse sentido, autores como Ibañez et al. (2006) afirmam que a oferta de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial (centrado nas necessidades dos profissionais ou nas necessidades de saúde do usuário) e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso.

No que concerne à coordenação do cuidado, evidencia-se à dificuldade de marcação de consultas com outros profissionais e ou especialistas. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de Natal/RN ser considerado polo regional, com maior concentração tecnológica, em relação aos municípios do interior do Estado. Tal fato, também pôde ser observado em estudo sobre a coordenação do cuidado, realizado por Almeida et al. (2012) em algumas capitais brasileiras.

Como limitações do estudo, acredita-se que, mesmo que análise dos municípios tenha sido classificada em grupos (capital, região metropolitana e demais municípios do interior), seria interessante uma análise que contemple a composição de amostras com grupos similares, que possibilitem comparações entre diferentes unidades de saúde e municípios.

Em relação aos dados, é oportuno lembrar que a os dados primários do PMAQ, foram obtidos por meio de entrevistas com os usuários nas unidades básicas de saúde. Um dos limites do emprego de metodologias como esta, que utilizam a aplicação de questionário no próprio local de atendimento, pode induzir ao viés da gratidão, principalmente ao se tratar de um serviço público que pode gerar receio nos usuários em perder o acesso ao serviço.

Uma possibilidade interessante seria uma análise mais aprofundada envolvendo o cruzamento de variáveis, a fim de verificar se existe correlação com a satisfação do usuário.

Em linhas gerais, o presente estudo foi capaz de demonstrar a importância de se avaliar a satisfação do cuidado sob a perspectiva do usuário, principalmente pela aplicabilidade prática do instrumento de avaliação, uma vez que permitiu identificar alguns aspectos essenciais à atenção primária que podem ser melhorados.

Diante do exposto, é importante lembrar que tanto o acesso realizado (uso) não se explica pelos determinantes do acesso potencial, como o seu impacto na saúde e na satisfação (acesso efetivo) não se explica apenas pelos determinantes do uso de serviços. Como apontado anteriormente, o uso de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais, e o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Portanto, é possível alcançar melhorias na coordenação dos cuidados e na qualidade da atenção mesmo diante de constrangimentos impostos como a baixa valorização da atenção primária, formação especializada, 'gargalo' na oferta de atenção especializada, entre outros desafios.

A articulação das ações e dos serviços de saúde, de forma que, independentemente do local onde estes sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, foi considerada por Starfield (2002) como condição necessária para o alcance de uma resposta integral, que seja capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários.

Nesta medida, ao ser usuário-centrada, avaliações positivas por parte das famílias cadastradas reafirmam as potencialidades de mudança do modelo assistencial promovidas pela atenção primária, ainda que impeditivos de caráter macro imponham limites importantes (ALMEIDA et al., 2012).

Vale ressaltar, que as soluções para os problemas apontados no estudo, em sua maioria não demandam grandes investimentos e sim iniciativas de reorganização dos processos de trabalho, assim como otimização dos fluxos e horários internos, mostrando que a avaliação dos usuários pode contribuir para melhorar os problemas do cotidiano dos serviços de saúde.

Por fim, a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde é ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada, de forma a se repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho desenvolvido, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde estabelecido. (BRANDÃO et al., 2013).

REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Serv Res.** v. 9, n.3, p.208–220, 1974.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde debate [online]**. 2012, v.36, n.94, p. 375-391. ISSN 0103-1104.

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2012

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2012.

BRANDAO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.18, n.1, p. 103-114. 2013. ISSN 1413-8123.

BRASIL. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. brasileira saúde materno infantil**. Recife, v.3, n.1, p. 113-125, jan./mar., 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, 2012

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Banco de Dados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: 1997. cap. 2, p.29-48.

_____. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p.29-48.

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

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2013.

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

COTTA, Rosângela MINARDI MITRE et al. A Satisfação dos Usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Mem. Fund.** v.44, Part.2, p.166,1966.

_____. **Aspects of Medical Care Administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

_____. Exploration in Quality Assessment and Monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. **Ann Arbor**, University of Michigan, v.1, 1980.

_____ A. **Teh seven pilares of quality.** Arch Patol Lab Med 1990; 114:1115-8.

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

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

FRANCO, Selma Cristina; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Avaliação da Qualidade de Atendimento Ambulatorial em Pediatria em um Hospital Universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 1998.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 dez. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA Lúgia; Fleury Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

GRAY, David E. **Pesquisa no Mundo Real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2013.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. 275 p.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRACO, Francisco Manoel de Mello. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.11, n.3, p. 683-703. 2006. ISSN 1413-8123.

LEMME, Antonio C.; NORONHA, Gerson; RESENDE, José B. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, fev. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2013

MATTA, Gustavo Corrêa; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valeria; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, EPSJV, Fiocruz, 2007. P. 43-67.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. atenção primária à saúde**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 10 dez. 2012

MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. Cap. 4, (Saúde em Debate, 88).

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v.18, n.3, p. 436-443. 2010. ISSN 0104-1169

MURPHY, M. K. et al. Consensus Development Methods, and their Use in Clinical Guideline Development. **Health Technol Assessment**, v.2, n.3, 1998. Disponível em: <<http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon203.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2013.

NOVAES, H. M. D. **Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. Organização Mundial da Saúde**. Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais que Nunca.OMS, 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Desafios e Possibilidades de Práticas Avaliativas de Sistemas Universais e Integrals de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PASCOE, G. C. Patient Satisfaction in Primary Health Care: a literature review and analysis. **Evaluation and Program Planning**. v.6, p.185-210, 1983.

PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evaluation**. The new century text. Thousands Oaks- London- New Delhi, SAGE Publications,1997.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PINTO, H. A et al. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

ROBINSON, V. A.; HUNTER, D.; SHORTT, S. E. D. Accountability in Public Health Units. **Canadian Journal of Public Health**. v. 94 n. 5, Sep. Oct. 2003. Disponível em: <<http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/419/419>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

ROCHA, P. M et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup.1: S69-S78, 2008.

SAMICO, I et al. **Avaliação em Saúde** – bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBrook, 2010.

SANTIAGO, R. **Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no Município do Recife**: a percepção dos usuários. Recife: 2010.

SAVASSI, Leonardo C. M. A Satisfação do Usuário e a Autopercepção da Saúde em Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/135>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

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

STENZEL, A. C. B. **Temática da Avaliação no Campo da Saúde Coletiva**: uma bibliografia comentada. 1996. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TEIXEIRA S.A. **Avaliação dos Usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2004.

TRAD, L. A. B et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.7, n.3, p. 581-589. 2002 ISSN 1413-8123.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S190-S198, 2004.

UNGLERT, C. V. de S. O Enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão de Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n6/02.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

VUORI. H. A. **A Qualidade da Saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, 1991.