

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Léia Cristiane Löeblein Fernandes

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR UMA POPULAÇÃO COBERTA
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Leopoldo

2008

Léia Cristiane Löeblein Fernandes

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR UMA POPULAÇÃO COBERTA
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**

Orientador (a): Prof^a Dr^a. Andréa Dâmaso Bertoldi

**São Leopoldo
2008**

AGRADECIMENTOS

A maior dificuldade aqui apresentada não é decidir quem incluir, mas decidir quem não mencionar durante a subida de mais um degrau na minha vida acadêmica;

Meus sinceros agradecimentos...

...a Deus, que me iluminou e me deu forças para seguir em frente;

...ao meu amor Maurício, pelo seu otimismo, incentivo e paciência nos momentos em que dedicava-me ao mestrado;

...aos meus pais pela força, compreensão e paciência em todas as etapas de minha caminhada;

...à minha tia Inei, fonte de inspiração, por ter me estimulado nas horas difíceis e me aplaudido nos momentos de glória;

...à minha orientadora Dr^a Andréa Damaso Bertoldi, fonte de inspiração, ensino e pesquisa; por toda dedicação, sabedoria e compreensão;

...ao Dr^o Marlos, pela sua dedicação e paciência na instalação de programas necessários na construção de resultados advindos desta pesquisa;

...ao coordenador do meu projeto e co-autor do meu artigo, Dr^o Aluísio Jardim Dornellas de Barros, pesquisador exemplar a ser seguido, pela dedicação e sugestões necessárias ao meu crescimento enquanto pesquisadora;

...aos professores Dr^o Raúl Andrés Mendonza Sassi e Dr^o Juvenal Soares Dias da Costa, exemplos de competência, determinação e disciplina, pela aceitação em participar da banca examinadora, proporcionando discussões e sugestões fundamentais no meu aprendizado e no incentivo à pesquisa;

...à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela oportunidade de crescimento e aprendizado por meio de professores competentes e que em muito contribuem para o crescimento da pesquisa em Saúde Coletiva;

...aos meus colegas de mestrado pelos momentos de encontros na cantina, risos, discussões e apoio;

...aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, reconhecimento e auxílio nos momentos em que tornava-se difícil conciliar o trabalho com as aulas;

Enfim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução e conclusão desta dissertação de mestrado.

EPÍGRAFE

Ave Maria no Morro

*“Barracão de zinco
sem telhado, sem pintura,
lá no morro
barracão é bangalô
lá não existe felicidade
de arranha-céu
pois quem mora lá no morro
já vive pertinho do céu...”
(Herivelto Martins)*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAA/DAB – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CES – Conselho Estadual de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

EMATER – Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural

ESF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FETAG - Federação dos Trabalhadores na Agricultura

FNS – Fundação Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IOM – Institute of Medicine

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
SUMÁRIO	7
APRESENTAÇÃO	9
RESUMO	10
INTRODUÇÃO	12
1 JUSTIFICATIVA	13
2 OBJETIVO GERAL	14
3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 HIPÓTESES	15
REFERENCIAL TEÓRICO	16
1 O MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	16
1.1 O Programa Saúde da Família	19
1.1.1 O Agente Comunitário de Saúde e a Visita Domiciliar	26
2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
3 DESIGUALDADES NA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS E NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	35
4 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	38
4.1 Determinantes da utilização dos serviços de saúde	41
4.1.1 Autopercepção de Saúde	41
4.1.2 Necessidade em Saúde	44
4.1.3 Fatores demográficos	45
4.1.4 Fatores socioeconômicos	47
4.1.5 Plano de Saúde	48
4.1.6 Tipo de Serviço de Saúde	50
5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELO USUÁRIO	51
5.1 Satisfação dos Usuários	51
METODOLOGIA	55
1 DELINEAMENTO	55
2 POPULAÇÃO-ALVO	55
3 PROCESSO DE AMOSTRAGEM	55
4 CÁLCULO DA AMOSTRA	56
4.1 Cálculo para estudo da prevalência	56
4.2 Cálculo para estudo das associações	57
5 INSTRUMENTO E VARIÁVEIS EM ESTUDO	58
5.1 Quadros de variáveis	58
6 PESSOAL E LOGÍSTICA	60
7 ESTUDO PILOTO	60
8 CONTROLE DE QUALIDADE	61
9 PLANO DE ANÁLISES	61
10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
CRONOGRAMA	64
ORÇAMENTO	65
ANEXOS	71

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi planejado para analisar informações coletadas no projeto intitulado “Os programas de saúde e nutrição brasileiros estão atingindo seus objetivos?”, coordenado pelo Prof. Aluísio J D Barros e financiado pelo Banco Mundial. O objetivo geral do projeto foi avaliar alguns programas de saúde ativos no Brasil, em relação à cobertura das parcelas mais pobres da população. As atividades previstas no projeto envolveram uma coleta de dados primários em uma amostra de setores cobertos pelo Programa Saúde da Família na cidade de Porto Alegre no ano de 2003, com o objetivo de investigar o acesso, a utilização de serviços de saúde e os gastos com medicamentos nesta população.

Como resultados do presente projeto serão produzidos três artigos, porém para fins de conclusão do mestrado, será produzido um artigo que abordará o primeiro objetivo dentre os três descritos a seguir:

1. Fatores associados à procura dos serviços de saúde em geral, da Estratégia Saúde da Família (ESF) local e dos outros serviços de saúde, exceto os pertencentes à ESF nos últimos 15 dias.
2. Motivos para a procura da ESF local e dos outros serviços de saúde, exceto a ESF nos últimos 15 dias, bem como as razões para não terem procurado a ESF local como primeira opção e opções por diferentes serviços de saúde de acordo com o tipo de problema de saúde.
3. Opinião dos usuários pertencentes à ESF sobre o seu posto de saúde local e a satisfação em relação aos serviços de saúde em geral e à ESF em particular.

RESUMO

MOTIVAÇÃO: No Brasil, a procura pelos serviços de saúde é influenciada por fatores econômicos individuais e familiares, oferta de serviços, plano de saúde, apoio familiar, proximidade e recursos oferecidos, percepções subjetivas e objetivas do indivíduo referente à sua saúde, características individuais, dentre elas, idade, sexo, nível de escolaridade e raça. As pesquisas sobre utilização de serviços de saúde são, na maioria das vezes, focalizadas na demanda presente nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência, excluindo as pessoas que não procuram estes serviços, não permitindo o conhecimento do que vem ocorrendo em nível populacional. Para o efetivo planejamento das ações dirigidas à redução das desigualdades em saúde e avaliação da política adotada, é imprescindível conhecer o padrão de utilização de serviços de saúde em relação ao perfil de necessidades dos diversos grupos sociais.

OBJETIVOS: Estudar a utilização dos serviços de saúde por uma população residente em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família no município de Porto Alegre, RS.

MÉTODOS: O delineamento do estudo é transversal com uma amostra composta por indivíduos de todas as idades residentes em áreas cobertas pela ESF. A amostragem foi conduzida em dois estágios sendo as áreas cobertas pela ESF as unidades amostrais primárias e os domicílios as unidades amostrais secundárias. O processo amostral permitiu que a amostra obtida fosse representativa da população residente na zona de abrangência da ESF no município de Porto Alegre.

RELEVÂNCIA: A utilização desigual dos serviços de saúde exclui as parcelas mais pobres da população e os grupos com maior vulnerabilidade, não atendendo aos objetivos da Organização Mundial da Saúde de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e de melhorar as condições de saúde da população. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para uma melhor distribuição dos serviços oferecidos, procurando resgatar aqueles indivíduos que não procuram os

serviços de saúde ou aqueles que quando procuram, possuem o acesso e a utilização dificultada.

INTRODUÇÃO

A utilização dos serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciada por fatores históricos, políticos, culturais e individuais, oferta de serviços, plano de saúde, apoio familiar, proximidade e recursos oferecidos, percepções subjetivas e objetivas do indivíduo referente à sua saúde, pela organização do sistema de saúde e seu gerenciamento e pelos hábitos de vida e fatores socioeconômicos que são determinantes do acesso desigual aos serviços de saúde. O acesso aos serviços de saúde, a desigualdade e a iniquidade podem estar relacionadas aos estratos de rendimento e ao nível social, à escolaridade, ao sexo, à raça, à idade e à presença de doenças crônicas que podem determinar uma maior ou menor utilização dos serviços de saúde (MENDOZA-SASSI E BÉRIA, 2001; SAWYER E LEITE, 2002). Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) implementou o plano “Saúde para todos no ano 2000”, tendo como meta prioritária a diminuição das desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde nos países em desenvolvimento (SILVA, PEDROSO *et al.*, 2000). O sistema de saúde brasileiro se propõe a garantir um atendimento universal, igualitário e equitativo. A equidade é um princípio que garante que indivíduos com necessidades diferentes recebam tratamentos diferenciados (NERI E SOARES, 2002).

Vale ressaltar que a utilização dos serviços de saúde é influenciada pelas representações sociais da saúde e da doença, que estão relacionadas à visão que as pessoas possuem do biológico e do social. Estas visões, por sua vez, são enraizadas na realidade social, construídas historicamente pela sociedade e manifestadas por meio de representações coletivas. Assim, a doença necessita sempre de um discurso, de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira, sendo esta, fator determinante na procura por serviços de saúde (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

A mudança do modelo assistencial, que passa do enfoque assistencial e individual para o preventivo e integral foi fortalecida, com a introdução do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, visando priorizar ações de promoção e educação em saúde e atender a todos os usuários, oferecendo respostas e encaminhamentos resolutivos, reorientando, assim, as políticas de saúde e a organização dos serviços. A proposta do programa segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar, ou seja, desenvolve ações com ênfase na atenção primária. Além disso, o PSF possui princípios condizentes com a Lei Orgânica de Saúde, garantindo acesso e atendimento universal, com base nos princípios de equidade, integralidade, resolutividade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (DUNCAN, SCHMIDT *et al.*, 2004).

O município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, conta com uma estruturação de PSF relativamente nova em relação a outros Estados do País. O programa no município prioriza regiões que tenham populações mais pobres e aquelas onde ainda não há uma unidade básica de saúde. Em Porto Alegre, a proporção da população residente nas áreas cobertas pelo PSF, hoje Estratégia Saúde da Família que pertencem aos 20% mais pobres da cidade como um todo foi estimada em 36% (foco do programa). Considerando apenas os usuários do PSF, o foco foi de 41%. Um adicional de 28% de usuários do PSF pertencem ao segundo quintil mais pobre da população. Assim, pode-se dizer que quase 70% daqueles que fazem uso do PSF pertencem aos 40% mais pobres da população. A cobertura total do PSF na cidade foi estimada em 10,8% e a cobertura dos 20% mais pobres foi de 19,3% (BARROS, VICTORA *et al.*, 2005).

1 JUSTIFICATIVA

Os municípios, atualmente, são responsáveis pelo atendimento integral ao usuário, cabendo aos gestores municipais estabelecer consórcios intermunicipais e contratos com a iniciativa privada a fim de oferecer assistência à sua população. Por meio de acordos firmados entre os três níveis de governo, o município passa a ter uma maior autonomia para atender as necessidades de sua população, ampliando sua capacidade resolutiva. O conhecimento sobre a utilização dos

serviços de saúde e as necessidades de saúde é de fundamental importância para os gestores de saúde, a fim de realizar um diagnóstico das pessoas que procuram assistência médica, reconhecer grupos com maior vulnerabilidade, desenvolver ações educativas e preventivas para aquelas situações de saúde com maior demanda nos serviços e colocar em prática a avaliação do serviço.

Em geral, as pesquisas sobre utilização de serviços de saúde são focalizadas na demanda presente nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência, excluindo as pessoas que não procuram estes serviços, não permitindo o conhecimento do que vem ocorrendo em nível populacional (CESAR E TANAKA, 1996). Neste estudo procurou-se conhecer as características de utilização de serviços de saúde das pessoas que fazem parte da área de abrangência do PSF e não somente daquelas pessoas que utilizaram o serviço de saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Estudar a utilização dos serviços de saúde por uma população residente em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família no Município de Porto Alegre, RS.

3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Analisar a utilização dos serviços de saúde em geral e comparar a utilização da ESF local e dos outros serviços de saúde, exceto a ESF nos últimos 15 dias, de acordo com as variáveis: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico, trabalho nos últimos 30 dias, plano de saúde e autopercepção de saúde;
- b. Descrever os principais motivos da procura dos outros serviços de saúde, exceto a ESF nos últimos 15 dias;
- c. Descrever os principais motivos da procura da ESF local nos últimos 15 dias;
- d. Identificar as razões para não ter procurado atendimento em primeiro lugar na ESF local;

- e. Explorar as opções por diferentes serviços de acordo com o tipo de problema de saúde;
- f. Comparar a avaliação feita pelo usuário quanto ao atendimento da ESF local e dos serviços de saúde em geral;
- g. Descrever a opinião dos usuários da ESF sobre o seu posto de saúde local.

4 HIPÓTESES

Considerando os objetivos específicos propostos foram levantadas as seguintes hipóteses com base na revisão de literatura:

- a. A maior utilização dos serviços de saúde em geral e dos outros serviços de saúde, exceto a ESF, nos últimos 15 dias, se dá nos seguintes grupos: mulheres, idosos, os que não trabalharam nos últimos 30 dias, com cor da pele branca, maior escolaridade, maior nível socioeconômico, detentores de plano de saúde e pessoas com autopercepção de saúde ruim. A maior utilização da ESF local nos últimos 15 dias se dá no mesmo sentido das variáveis analisadas para o serviço de saúde em geral, exceto quanto a: escolaridade (menor), nível socioeconômico (menor) e plano de saúde (não detentores);
- b. O principal motivo para a busca dos outros serviços de saúde, exceto a ESF, são os problemas de saúde (exceto doenças crônicas em tratamento);
- c. O principal motivo para a busca da ESF local são os problemas de saúde agudos, excluindo doenças crônicas em tratamento;
- d. A primeira razão indicada para não ter procurado atendimento em primeiro lugar na ESF local foi a demora para o atendimento;
- e. O posto da ESF local é escolhido prioritariamente nos casos de tratamento de doença crônica e consultas preventivas e o pronto-socorro ou emergência escolhidos nos casos de urgências;
- f. A avaliação feita pelo usuário referente à ESF local é melhor quando comparada aos serviços de saúde em geral;
- g. A opinião da maioria dos entrevistados é favorável ao funcionamento e estrutura da ESF local.

REFERENCIAL TEÓRICO

1 O MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A idéia de uma política voltada para a assistência à saúde surgiu pela primeira vez na Inglaterra, no século XVII, da Lei dos Pobres em 1601. Esta Lei permitiu que a pobreza tivesse acesso em algum grau ao cuidado médico e a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade. Além da questão política que definiu os rumos da saúde, havia a forte presença do desenvolvimento industrial no cenário econômico e social, fazendo com que os governos tomassem suas decisões em relação ao universo sanitário (FRANCO E MERHY, 2003).

No ano de 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde da Grã-Bretanha, foi divulgado um “texto oficial” que tratava da organização do sistema de serviços de saúde, dividido em três níveis principais: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização e forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços em muitos países (STARFIELD, 2002).

A partir de 1949, a Organização Mundial da Saúde conceituou a saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.” Na década de 50, após a Segunda Guerra Mundial, houve a priorização da medicalização do processo saúde/doença, deixando em segundo plano ações de prevenção com base no conceito ampliado de saúde (COSTA E CARBONE, 2004). Já no ano de 1977, na trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta dos governos deveria ser “Saúde para Todos no Ano 2000”, permitindo levar uma vida social e economicamente produtiva. Os princípios foram anunciados na Conferência de Alma Ata e confirmados pela Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 1979. Assim, foi novamente dada ênfase à atenção primária, sendo esta definida como atenção

essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, acessíveis a indivíduos e famílias. A atenção primária é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002).

Em 1986, através da Carta de Ottawa, na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, enfatizou-se a importância das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais nas condições de saúde da população. Em 1992 o conceito de saúde une-se ao de cidade saudável, compreendendo a saúde, a intersectorialidade e a participação popular (COSTA E CARBONE, 2004). Este novo modelo de assistência à saúde deve contemplar dois eixos teóricos, podendo destacar aquele que incorpora os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma linha de atenção integral às necessidades da população e aquele que reafirma a saúde como um bem público por meio da efetivação de práticas e serviços de saúde, cabendo ao Estado o controle e a regulação destes serviços (ASSIS, VILA *et al.*, 2003).

Pode-se dizer que a atenção básica determina o trabalho de todos os níveis dos sistemas de saúde, abordando problemas comuns da comunidade, priorizando os serviços de prevenção, cura, reabilitação visando à saúde e o bem estar da população. A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa, em todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, coordenando ou integrando a atenção fornecida em outros lugares (STARFIELD, 2002).

Para os Secretários Estaduais de Saúde, a atenção primária “é um conjunto de intervenções no âmbito individual e coletivo, na busca de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”, tomando por base o contexto sócio-cultural do indivíduo e o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade. É orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e

participação social. A atenção primária é desenvolvida por profissionais que desenvolvem práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e em cooperação com populações de territórios delimitados (BRASIL, 2004).

A universalidade do acesso provocou uma mudança na forma de lidar com os direitos dos cidadãos. A integralidade significa prover todas as necessidades de saúde das pessoas, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais. A equidade garante aos brasileiros a mesma assistência para uma mesma necessidade, independente de sexo, idade, raça, nível socioeconômico ou situação de emprego. Já a descentralização refere-se ao processo de ampliação das responsabilidades para as três esferas de governo, objetivando a formulação de políticas públicas, seu planejamento, sua operacionalização e seu controle social. A descentralização e a hierarquização conduzem à orientação estratégica da municipalização e da regionalização como formas de gestão do sistema de saúde. O controle social é exercido por meio de fóruns onde representantes dos usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço discutem ações e serviços de saúde prioritários à população de referência (WEBER, 2006).

O governo vem mudando seu foco em relação à gestão e financiamento da saúde, principalmente na atenção básica. Durante décadas, não se deu prioridade à assistência básica em saúde, perpetuando a realidade em que ainda vivemos, podendo-se citar, por exemplo, as grandes filas na porta das emergências de hospitais, obrigando o país a investir mais em doenças que poderiam ter sido evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2002)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), na segunda metade da década de 90, a Atenção Básica no Brasil começou a ser valorizada por meio de incentivos federais fundamentados em experiências estaduais e regionais, entre elas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Este programa foi inicialmente criado como 'frentes de trabalho' em uma conjuntura de seca, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, sendo desenvolvido, na maior parte, por mulheres que realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do

sertão nordestino. Após a fase emergencial, o PACS foi mantido com recursos do governo estadual, adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde a partir de setembro de 1988. Os agentes comunitários de saúde passaram a atuar no interior do estado, a fim de ajudar a comunidade a cuidar de sua própria saúde. Através da experiência do Ceará, o Ministério da Saúde propôs, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FNS), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e na Região Norte (BRASIL, 2005b)

Portanto, a partir da atenção básica surge o Programa Saúde da Família, através do PACS, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997; WEBER, 2006). O PACS e o PSF objetivam contribuir para a reorientação dos sistemas municipais de saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromissos de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, que se traduzem em desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 1997).

1.1 O Programa Saúde da Família

O Programa Médico de Família com estrutura semelhante a Cuba, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), influenciou a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, de criar o PSF juntamente com o PACS. No ano de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, apresentando exigências e critérios de seleção de municípios (BRASIL, 2005b)

O Ministério da Saúde concebeu o PSF em 1994, embora já houvesse sido implantado em Niterói (RJ) em 1991 e em Itacarambi (MG) em 1993. O PSF surge com o propósito de superar um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficiência das ações na saúde, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades. Através de um documento para a organização do PSF no Brasil, publicado em 1998, afirma-se que o objetivo do PSF é reorganizar a prática

assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes do programa uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO E MERHY, 2003).

O mesmo documento relaciona os princípios em que a Unidade de Saúde da Família atua, podendo-se citar (FRANCO E MERHY, 2003 ; BRASIL, 2007; BRASIL, 1997; WEBER, 2006):

- Caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde.
- Integralidade e Hierarquização: a Unidade de Saúde da Família deve estar vinculada à rede de serviços, a fim de garantir atenção integral aos indivíduos e famílias e de assegurar a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, quando for requerida maior complexidade tecnológica.
- Territorialização e adscrição da clientela: possuir um território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita.
- Equipe multiprofissional: a Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS (Agente Comunitário de Saúde). Quando ampliada, conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Vale ressaltar que o número de ACS varia de acordo com o número de pessoas cadastradas, numa proporção média de 550 pessoas para cada agente.

A idéia de territorialização presente na epidemiologia e vigilância é tão antiga quanto a história da aventura humana sobre a terra, pois desde os primórdios, tanto homens quanto mulheres procuravam adequar suas moradias, adaptando seu comportamento e intervindo no habitat para preservar a saúde. A associação entre o território, o ambiente, o processo saúde-doença e a harmonia entre o homem e seu habitat para preservação da saúde são ressaltados no texto de Hipócrates (1948),

considerado por alguns como o texto que originou o conhecimento epidemiológico (FRANCO E MERHY, 2003).

A expansão e qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia de Saúde da Família, desenvolvem-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, estendidas às populações de territórios delimitados. No novo modelo de atenção implantado com o PSF, a organização da assistência e o perfil dos profissionais diferem daquele observado na atenção básica “tradicional”, que pode induzir a uma modificação nos padrões de utilização e procura dos serviços (GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005). O desafio deste novo modelo é de ampliar suas fronteiras, objetivando uma maior resolubilidade e integração ao contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 1997).

A Estratégia de Saúde da Família elege a família como núcleo social alvo e agrega os princípios de responsabilidade social, interdisciplinaridade, intersetorialidade e vigilância em saúde (COSTA E CARBONE, 2004). Aqui, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade em que os membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças de um único pai ou não. Além disso, existe um compromisso e um vínculo entre seus membros (ÂNGELO E BOUSSO, 2003). Também pode ser descrita como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem no mesmo domicílio, incluindo empregados, pensionistas e agregados (BRASIL, 1997).

É necessária a compreensão de saúde da família como entidade distinta da saúde dos indivíduos que compõem uma família. A saúde da família é entendida como um estado ou processo da pessoa em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no ambiente, incluindo simultaneamente saúde e doença além de indivíduo e coletivo. A saúde da família abrange a saúde individual dos membros da família e o bom funcionamento da família na sociedade, envolvendo não somente a saúde física, mas relações socialmente aceitáveis. Desta maneira, a definição de saúde da família deve envolver dois focos, sendo o primeiro o da saúde da família, em relação ao estado de saúde dos indivíduos que a compõem, e o segundo, o funcionamento da família,

sendo este uma descrição avaliativa das funções e estruturas da família, compondo o foco da avaliação e da assistência na saúde da família (ÂNGELO E BOUSSO, 2003).

As principais alterações do estado de saúde são identificadas e tratadas a partir do próprio indivíduo, em seu contexto familiar e social. Estima-se que cerca de 70 a 90% da assistência à saúde são concretizados na família, tanto nas sociedades ocidentais como nas não-ocidentais. Quando os indivíduos adoecem e não resolvem seus problemas de saúde pelo autotratamento, fazem escolhas sobre quem consultar, tendo como opções, os setores informal, popular e profissional. Estas escolhas dependem da condição socioeconômica do paciente em poder pagar e pelo modelo explanatório que o paciente utiliza para poder explicar seu estado de saúde (HELMAN, 2003).

Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como um grupo de pessoas que cumprem as ações determinadas por profissionais de saúde. O profissional deve considerar as dúvidas, opiniões e a atuação da família, reconhecer o papel dela dentro do grupo e considerar seu conhecimento para responder pela saúde de seus membros. Assim, a assistência à família prestada pela equipe como unidade de cuidado à saúde implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades (ÂNGELO E BOUSSO, 2003).

Pode-se entender, então, que a medicina da família está fundamentada no lar e na comunidade, levando em consideração os fatores sociais, psicológicos e familiares envolvidos antes de elaborar um diagnóstico. Na prática generalista é fácil de perceber a relação da doença com as circunstâncias sociais, sendo que todos os diagnósticos possuem um componente social, havendo ou não problemas sociais (HELMAN, 2003).

No Estado do Rio Grande do Sul, a discussão sobre o tema ACS teve início no ano de 1991, e era formado por grupos de trabalho com a participação da Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Federação dos

Trabalhadores na Agricultura (FETAG), Conselho Estadual de Saúde (CES), Pastoral da Criança e Fundação Nacional de Saúde (FNS), objetivando buscar subsídios para a implantação do PSF no Estado. Em 1994 foi levantado, junto às Prefeituras, o número de ACS existentes nestes e suas atribuições. Finalmente, em 1995, foi assinado um convênio entre o Estado e o Ministério da Saúde, possibilitando o repasse de recursos para o PACS no Estado. Já no final de 1996, 103 municípios gaúchos haviam implantado o programa contando com 1.015 ACS responsáveis pelo acompanhamento de 63.200 famílias em 552 microáreas urbanas e 463 microáreas rurais (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

A área delimitada no programa pode ser definida como o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. Este conjunto de microáreas é composta por 600 a 1000 famílias ou até 3.500 pessoas. Por microárea, entende-se o espaço geográfico delimitado onde residem em torno de 400 a 750 pessoas ou de 200 a 250 famílias, correspondendo à área de atuação de um agente comunitário de saúde (BRASIL, 1997; BRASIL 2005a; BRASIL 2005b; WEBER, 2006).

A equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada. O número de equipes de saúde da família cresceu de 328 em 1994, para 4.945 no final de 1999, prestando assistência a mais de 17 milhões de pessoas em 1.870 municípios. Já no ano de 2005, havia 24.600 equipes de saúde da família atendendo 4.986 municípios, com uma cobertura populacional brasileira de 44,4%. Esta responsabilidade coloca os profissionais frente à necessidade de ultrapassar os limites definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007; COSTA E CARBONE, 2004).

A atuação das equipes de saúde da família ocorre nas unidades básicas de saúde, nas residências das famílias e na própria comunidade, caracterizando a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado. Pode, ainda, intervir nos fatores de risco ao qual a comunidade está exposta, através de uma assistência integral, permanente e de qualidade, através da realização de atividades de educação e promoção da saúde. Além disso, a equipe

pode estimular a participação social nas decisões locais, estabelecer a co-responsabilidade e atuar de forma intersetorial, estabelecendo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, podendo intervir em situações que extrapolam o setor saúde e possuem efeitos determinantes nas condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007). Assim, o PSF opera como um dispositivo da biopolítica, onde reúne, concentra e propaga o discurso paradigmático do SUS, materializando ações e serviços de saúde com foco na atenção primária (WEBER, 2006).

A ruptura da dinâmica médico-centrada e a mudança na organização e na forma de trabalho ainda não estão consolidadas, requerendo mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde. O não atendimento da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias, a mitificação do médico generalista e a normatividade na implementação do programa são avaliadas de forma crítica, dando ênfase ao acolhimento ao usuário, através de uma escuta qualificada, do compromisso por parte do profissional em resolver seu problema de saúde, na criatividade a serviço do outro e na capacidade de estabelecer vínculo (FRANCO E MERHY, 2003).

Na Inglaterra, o médico de família reside junto à comunidade em que trabalha, participa das atividades locais e usa linguagem cotidiana nas consultas, muito diferente do Brasil, em que o médico de PSF não reside na comunidade onde trabalha e, muitas vezes, não está preparado para trabalhar com a diversidade cultural encontrada no País. O médico generalista é primeiro contato de aproximadamente 90% da população que procura o sistema nacional de saúde britânico, embora as consultas durem apenas cinco ou seis minutos (LEVITT, 1976; HELMAN, 2003).

O PSF só mudará o modelo assistencial quando tiver um modelo que seja usuário-centrado, pois ainda conta com a burocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não é ponto forte na agenda de trabalho do PSF, deixando de priorizar situações que requerem atendimento rápido. Além disso, ao se modificar a estrutura dos serviços não é garantido que a relação dos profissionais com os

usuários também seja realizada sobre novos parâmetros de trabalho, de civilidade, de acolhimento e de construção de processos mais comprometidos (FRANCO E MERHY, 2003).

A consolidação do PSF necessita de uma real substituição da rede básica tradicional, tornando-se positivos os resultados nos indicadores de saúde da população assistida e buscando maior racionalidade na utilização dos outros serviços assistenciais, objetivando a diminuição dos gastos em saúde e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2007)

Os princípios da Estratégia de Saúde da Família são ressaltados no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), uma iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Mundial, visando contribuir para a implantação e consolidação dessa estratégia em municípios com população superior a 100.000 habitantes, possibilitando uma melhor qualidade do processo de trabalho e desempenho dos serviços, assegurando respostas efetivas para a população dos municípios brasileiros. O PROESF viabiliza recursos, busca integrar procedimentos de outros níveis de complexidade, visa aperfeiçoar tecnologias de gestão, reestruturar as iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos no PSF, além de iniciativas que atuam na formação dos profissionais e na sua fixação, vinculando este à população atendida (BRASIL, 2003; WEBER, 2006). O PROESF busca a reformulação da atenção básica em saúde através do Programa Saúde da Família e engloba outros níveis de complexidade para assegurar atendimento integral ao usuário (BRASIL, 2003; FACCHINI *et al*, 2006).

O PROESF prevê a conversão do modelo de atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos para a Estratégia de Saúde da Família e engloba outros níveis de complexidade, para assegurar assistência integral aos usuários. Este projeto leva em conta as características especiais dos grandes centros urbanos. As linhas de investimento previstas para a fase I do PROESF incluem ações de modernização institucional; preparação e implementação de sistemas de referência e contra-referência no SUS/local; implementação e aplicação de novas práticas e protocolo de atenção e estudos especiais em apoio à implementação do

PSF; adequação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação; e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 2003).

Quanto às responsabilidades dos três níveis de governo em relação ao PSF, pode-se citar como responsabilidade do Governo Federal, repassar os recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, além de estimular a política de formação e capacitação dos profissionais e o sistema de monitoramento do programa. O Governo Estadual possui a função de assessorar tecnicamente os municípios na instalação, contratação e qualificação técnica das equipes, além de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas. E, finalmente, o Governo Municipal possui a responsabilidade de garantir a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento do programa, a contratação dos profissionais e permitir a participação das equipes em atividades de capacitação e atualização técnica (BRASIL, 1997).

1.1.1 O Agente Comunitário de Saúde e a Visita Domiciliar

Desde 1943, o MS, por meio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), passou a formar visitadores sanitários, conhecidos como guardas da malária e auxiliares de saneamento. Atualmente conta-se com um importante aumento do número de agentes comunitários, contribuindo para uma profunda mudança na utilização de serviços e conceito de saúde no País. O ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde e da comunidade onde reside, sendo dois anos a condição necessária para que o ACS conheça a comunidade onde vive (FERRAZ E AERTS, 2005; WEBER, 2006).

A atuação do ACS possibilita a criação de um vínculo entre os usuários e a unidade básica de saúde, contribuindo para uma menor procura dos serviços, sem que isso signifique diminuição do acesso ou desassistência, pois as famílias continuam sendo monitoradas e atendidas pelos profissionais de saúde através das informações prestadas pelos ACS, sem que precisem se deslocar até a unidade de saúde (GOLDBAUM, DIANINI *et al.*, 2005; FORTES E SPINETTI, 2004).

A visita domiciliar constitui a principal atividade realizada pelo agente comunitário de saúde, com o objetivo de subsidiar o processo saúde-doença dos indivíduos e o planejamento de ações visando a promoção de saúde. É realizada no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde, possibilitando ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário e das reais condições de habitação e das relações familiares, além de facilitar o planejamento da assistência. A visita domiciliar pode contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, sendo esta, um instrumento de intervenção fundamental da Estratégia de Saúde da Família para conhecer as condições de vida e saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas também, principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde (TAKAHASHI E OLIVEIRA, 2003).

Em uma pesquisa realizada com os ACS da capital do Rio Grande do Sul, em 2000, evidenciou-se que a visita domiciliar é a principal atividade desenvolvida pelos agentes, seguida da educação em saúde. O número de visitas domiciliares realizadas diariamente é, em média, de sete a nove, sendo que 18,4% ficaram abaixo da média recomendada pelo MS, que é de no mínimo oito visitas diárias. A maior parte dos agentes tem um número elevado de famílias sob sua responsabilidade. A maioria dos agentes eram mulheres, sendo esta tendência também observada entre os profissionais da saúde, como na classe da enfermagem, podendo ser atribuído ao papel de cuidador que a mulher desempenha (FERRAZ E AERTS, 2005).

A visita domiciliar compreende as etapas de planejamento, execução, registro de dados e avaliação do processo. A seleção das visitas, a colocação daquelas que demandam menos tempo em primeiro lugar e o estabelecimento do tempo gasto para cada visita, fazem parte do planejamento. Em seguida, é realizada a captação da realidade de vida e saúde dos usuários, através da leitura do prontuário e da troca de informações com outros profissionais que possuem contato com as famílias que serão visitadas, a fim de selecionar dados que serão importantes ao analisar a realidade vivenciada pela família. Após a realização da

visita, o profissional deve elaborar um relatório, sendo este importante para que as informações coletadas sejam anotadas e compartilhadas com os membros da equipe, permitindo a continuidade da assistência à família. Posteriormente, é necessária que seja feita a avaliação da assistência à família e a auto-avaliação da realização da visita (TAKAHASHI E OLIVEIRA, 2003).

No final de 1999, o número de agentes passou de 29 mil para 111 mil, em comparação com o ano de 1994, prestando assistência a 64 milhões de pessoas em 4.052 municípios. No ano de 2005, o número de agentes era 208 mil, atendendo 5,2 mil municípios, com uma cobertura populacional brasileira de 58,4% (Brasil, 2002). Estes profissionais, juntamente com a equipe de saúde, devem utilizar o conhecimento e a experiência sobre cada uma das características das famílias e, em consenso com ela, pensar e implementar a melhor assistência possível (ÂNGELO E BOUSSO, 2003).

2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O sistema de saúde possui duas metas principais, entre elas, a otimização da saúde da população e a minimização das disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. Em decorrência das iniquidades sociais e de saúde, a Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios a fim de construir a base da atenção primária, conhecida como Carta de Lubliana. Esta carta propõe que os sistemas de saúde devem ser focalizados nas pessoas, estabelecendo condições para que estas influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde. Também sugere que os serviços de saúde sejam direcionados para a proteção e promoção da saúde, centrados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, a cobertura universal, o acesso equitativo, além de serem embasados por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional (STARFIELD, 2002).

O acesso se dá pela porta de entrada, onde ocorre o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde, devendo ser de fácil acesso e de linguagem

clara. Se o acesso a esta é dificultado, a atenção ao usuário fica comprometida, adiando uma assistência resolutiva e humanizada. Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos foi demonstrado que uma melhor acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção no primeiro contato e continuidade com o médico de atenção primária (STARFIELD, 2002).

O acesso aos serviços de saúde possui um conceito que é tratado de diferentes formas por vários autores, sendo que, muitas vezes, não determina com exatidão sua relação com o uso dos serviços de saúde. Autores como Donabedian, usam o substantivo acessibilidade – qualidade do que é acessível; outros usam o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada, ou ambos para indicar o grau de facilidade com que os indivíduos têm acesso aos serviços de saúde. Acessibilidade é mais abrangente do que a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde em determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços que limitam ou facilitam o uso dos serviços pelos usuários e é responsável por explicar as variações no uso de serviços de saúde por determinados grupos populacionais (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Para Starfield, denomina-se de acessibilidade as características da oferta e de acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, sendo vistas como parte da estrutura de um sistema ou unidade de saúde. O acesso é tido como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde. Em outras palavras, acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, pois todos os níveis de serviços devem estar acessíveis (STARFIELD, 2002). Muitas vezes, as experiências anteriores e a forma como as pessoas percebem os serviços de saúde, com suas dificuldades e facilidades, influenciam na decisão de procurar assistência (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

A acessibilidade possui duas dimensões, de acordo com Donabedian: acessibilidade sócio-organizacional e a geográfica. A primeira diz respeito a todas as características da oferta de serviços, por exemplo, a seleção de pacientes em virtude de sua condição social, econômica ou diagnóstico, e a segunda refere-se aos

fatores que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso dos serviços, como distância e tempo de locomoção. O autor avança na abrangência do conceito de acesso, não se restringindo apenas ao uso dos serviços de saúde, mas também à adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados de acordo com as necessidades de saúde. Por outro lado, Donabedian não considera aspectos relacionados a fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos, tampouco fatores relacionados à percepção de necessidades de saúde e a tomada de decisão na procura de serviços assistenciais pelos usuários (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Outros autores nomeiam quatro modelos teóricos a partir de estudos e da legislação brasileira a fim de caracterizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade. Entre os modelos, pode-se citar o modelo economicista, onde a oferta-demanda é moldada a partir da organização dos serviços, ou seja, analisa a demanda através da apresentação de diferentes grupos populacionais no acesso a bens e serviços de saúde; o modelo sanitaria-planificador, relacionado à ação planejadora do Estado a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação dos serviços em uma rede organizada a partir das demandas; o sanitaria-politicista, compreendido a partir do entendimento da população sobre os determinantes do processo saúde-doença e sobre os fatores que determinam a organização das práticas de saúde; por último, o modelo teórico da representação social, norteado a partir da linguagem como originária da realidade social e psíquica e apreensão por parte dos sujeitos e grupos sociais, com suas histórias, tradição e cultura (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

Para o autor Andersen, acesso refere-se à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Este modelo é influenciado por fatores individuais, dentre eles, fatores predisponentes, fatores capacitantes (formas disponíveis para as pessoas obterem cuidados) e necessidades de saúde (condições de saúde percebidas). O autor, concordando com Donabedian, relata que “o acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde”. Andersen amplia o conceito de acesso delimitando-o em dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. O acesso potencial refere-se à presença de fatores capacitantes no uso de serviços, ou seja, fatores

individuais que delimitam ou ampliam a capacidade de uso. Já o acesso realizado caracteriza-se pela utilização desses serviços e é influenciado por outros fatores além dos que explicam o acesso potencial, como fatores predisponentes, necessidades de saúde e fatores contextuais (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Outros conceitos de acesso introduzidos por Andersen são os conceitos de “acesso efetivo” e o “acesso eficiente”. Eles diferenciam-se no sentido de que o primeiro resulta da melhora das condições de saúde e satisfação das pessoas com os serviços e o segundo resulta do grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação à quantidade de serviços consumidos. O resultado do acesso potencial pode ser verificado pelo acesso realizado que é o uso dos serviços e do acesso realizado pelo acesso efetivo e eficiente. No entanto, a utilização dos serviços de saúde não depende somente do acesso realizado e efetivo, mas dos fatores predisponentes, das necessidades de saúde, de fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade da assistência (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

O acesso, geralmente, é definido em função das necessidades dos usuários e não em função da oferta organizada de forma regionalizada e hierarquizada, sendo representado pela necessidade de atenção médica ou odontológica, resolução da queixa apresentada pelos usuários, atenção que a equipe oferece aos usuários, localização geográfica da unidade que facilite o acesso à comunidade, disponibilidade de recursos humanos, credibilidade do serviço alcançada junto aos próprios usuários e a indicação de pessoas próximas que conhecem o serviço (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

O conceito de acessibilidade entre características da oferta e da população é desenvolvido por Frenk, onde a acessibilidade é a relação entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e a capacidade das pessoas para superar estes obstáculos (“poder de utilização”) (Travassos e Martins, 2004). A dinâmica que se estabelece entre a oferta e a demanda é realimentada pelo grau de resolutividade dos serviços e pelo grau de satisfação dos usuários (GOLDBAUM, DIANINI *et al.*, 2005).

O acesso também envolve demandas diferenciadas, havendo pessoas que utilizam os serviços públicos e privados, como é o caso das pessoas que procuram as unidades básicas somente para vacinar seus filhos e quando necessitam de consultas médicas e exames complementares recorrem ao convênio e médicos particulares. A universalização da atenção equivale a um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno dos serviços públicos de saúde e na cadeia organizativa do sistema, sendo o acesso focalizado a determinados programas ou serviços (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

Assim, pode-se perceber que os usuários, muitas vezes, procuram os serviços de saúde em função do que é ofertado. Por exemplo, em um estudo realizado no município de Feira de Santana (BA) sobre o acesso aos usuários, percebeu-se que os usuários procuravam os serviços básicos de saúde em virtude da consulta médica com clínico, pediatra e ginecologista, para atendimento odontológico de urgência ou fazer exames de rotina e para atendimento nos programas de imunização e puericultura. Este mesmo estudo mostrou que a consulta ao pediatra e ao ginecologista não pode ser agendada, sendo o atendimento realizado por ordem de chegada. A consulta ao clínico geral não é agendada de uma semana para outra, sendo marcada na segunda-feira para o usuário ser atendido na terça e quarta-feira. Conseqüentemente, as pessoas passam a reclamar da demora do atendimento e das várias idas ao posto para conseguir atendimento. Além disso, usuários eram atendidos em função de uma queixa relatada, não havendo garantia de exames e continuidade no tratamento (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

Em relação à organização do atendimento e ao acesso em outro centro de saúde do município de Feira de Santana, os usuários recebiam senhas por ordem de chegada e se organizavam em duas filas: consultas por especialidade médica e exames diagnósticos. A consulta só poderia ser marcada para um prazo de até oito dias. Algumas pessoas permaneciam horas na fila, iniciando a peregrinação às 4 horas da manhã (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003). Nota-se que o atendimento por ordem de chegada não prioriza as necessidades individuais e os direitos estabelecidos na Constituição, promovendo a iniquidade em saúde.

O acesso a exames de laboratório e consultas com especialistas referenciadas pela unidade básica de saúde também se encontra prejudicado, muitas vezes decorrente da alta demanda. Em publicação com dados utilizados do mesmo banco do presente estudo, verificou-se que 12% da população não conseguiram realizar os exames laboratoriais e 23% não conseguiram consultar com um médico especialista, demonstrando que existem barreiras no acesso a serviços mais especializados (BARROS, VICTORA *et al.*, 2005).

A baixa procura da USF (Unidade de Saúde da Família) em episódios de doença pode estar relacionada às barreiras de acesso decorrentes de horários de funcionamento, local de moradia, às dificuldades em garantir atendimento à demanda espontânea, à implantação recente do serviço e à má estruturação dos serviços. Um dos indicadores de acesso à assistência à saúde é a proporção de pacientes atendidos no primeiro serviço procurado, sendo que em um estudo realizado em alguns municípios do país, mais de 77% dos pacientes receberam atendimento no primeiro serviço de saúde procurado. No entanto, nos 30 dias anteriores às entrevistas, cerca de 20% dos pacientes necessitaram procurar dois ou três serviços antes de conseguir atendimento. Nas localidades onde ocorreu substituição da rede básica tradicional por unidades de Saúde da Família, houve uma maior probabilidade da USF constituir-se como porta de entrada (Aracaju, Palmas e Vitória) (BRASIL, 2005a).

Para a unidade de saúde da família ser considerada um serviço de primeiro contato, deve ser analisado o acesso das famílias, a utilização regular dos serviços da unidade pelas famílias cadastradas, bem como a procura no último mês frente à necessidade de atenção. A estratégia de reordenação do sistema ou programa paralelo à rede preexistente depende da iniciativa dos gestores em oferecer uma assistência integral, garantindo a referência e contra-referência em uma rede articulada entre os diversos níveis de complexidade do setor ambulatorial (baixa, média e alta) e com o setor hospitalar, com fluxos definidos e estabelecidos. Além disso, a USF deve ser acessível à população adscrita, eliminando barreiras financeiras, geográficas, temporal (horários de funcionamento), administrativas e culturais (STARFIELD, 2002).

O Estado é responsável pela orientação política que determina o acesso a estes serviços, devendo ser organizado através de uma distribuição planejada de recursos, levando em conta a localização geográfica da unidade, a disponibilidade de serviços e a articulação entre serviços que compõem a rede. É preciso desenvolver um modelo de saúde pública e universal, com base nas matrizes básicas propostas pelo Ministério da Saúde: unidades distribuídas regionalmente nas proximidades do local de trabalho e moradia, hierarquizada conforme os níveis de complexidade, ter agilidade nos processos administrativos para facilitar o atendimento da demanda, garantir a informação adequada aos usuários e possuir um sistema de organização com base nos princípios de referência e contra-referência (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

A organização do atendimento à população usuária dos serviços deve contemplar as necessidades e problemas de saúde mais relevantes da população, de acordo com as doenças prevalentes da região e grupo populacional específico. O acolhimento e a organização da agenda e, não somente o atendimento por ordem de chegada, específicos de serviços ambulatoriais, deve ser revisto. O PSF é entendido a partir das diretrizes do Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Autonomização. Por acolhimento entende-se como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas do serviço de saúde a todos os usuários, desenvolver uma escuta qualificada, além de resolver o problema de saúde do usuário, dando-lhes respostas positivas e encaminhamentos seguros, quando necessários (FRANCO E MERHY, 2003).

Portanto, o impasse vivenciado com os problemas relativos ao acesso universal a todos os usuários do sistema de saúde requer uma luta pelo fortalecimento e concretização da saúde como bem público, colocando a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com a redefinição de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa. Sabe-se que contamos com um cenário brasileiro marcado por acessos seletivos e excludentes nos diferentes serviços públicos e privados, gerando um descompasso entre a legislação e a legitimidade social (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

3 DESIGUALDADES NA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS E NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A definição do PSF, inicialmente, priorizou áreas de risco segundo o *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e foi definido em decorrência da crise e racionalização dos gastos em saúde com a priorização de atividades preventivas, baseadas em baixa incorporação tecnológica. Algumas análises sobre o PSF tendem a rotulá-lo como uma simplificação da atenção à saúde, ou seja, um sistema de saúde pobre para os pobres. O Banco Mundial critica o modelo de assistência que é baseado no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e no pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde. Na maioria das vezes, há uma inadequação dos gastos brasileiros em saúde que não atingem as regiões e os grupos sociais mais pobres. O sistema de racionalização dos gastos em saúde deve ser eficiente e equitativo, traduzido na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais. Assim, o PSF se depara entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social (SAWYER E LEITE, 2002).

Apesar do princípio do acesso universal estar garantido na Constituição, existem problemas referentes à utilização dos serviços de saúde. A iniquidade pode estar representada pela desigualdade na utilização de serviços, principalmente aquela associada às condições socioeconômicas. Por equidade entende-se a minimização de desigualdades existentes entre grupos que apresentam diferentes graus de privilégio social e implica que a necessidade deve ser considerada na atenção à saúde. Duas formas de equidade podem estar presentes nos serviços de saúde: a horizontal, que significa “atenção igual para necessidades iguais”; e a vertical, que significa “atenção desigual para necessidades diferentes”. O princípio de equidade vertical defende que os serviços e recursos em saúde deveriam ser distribuídos conforme as necessidades de cuidado em saúde, independente das características sociais e econômicas dos indivíduos (NERI E SOARES, 2002; GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005).

A iniquidade vertical é a que está mais presente no consumo dos serviços de saúde no Brasil. A equidade, a partir da Constituição de 1988, foi definida como igualdade no acesso aos serviços de saúde, oportunizando igual oportunidade de acesso para indivíduos com as mesmas necessidades. A equidade pode ser dividida em equidade em saúde que representa as diferentes chances de morbidade e mortalidade de indivíduos; e equidade no consumo de saúde que é representado pelas diferentes condições de acesso aos serviços de saúde (NERI E SOARES, 2002).

A desigualdade vertical é evidenciada no consumo dos serviços, pois indivíduos menos privilegiados necessitam mais da assistência, mas consomem menos. Além disso, o consumo diminui para os locais de menor densidade populacional e para as pessoas que não possuem planos de saúde. Alguns autores relatam que indivíduos com determinadas características como ser branco, ter um elevado nível de escolaridade, ser empregador ou assalariado no mercado formal, procuram mais os serviços de saúde. Da mesma forma, estratos de maior rendimento são favorecidos na utilização dos serviços de saúde, sendo a desigualdade maior na Região Nordeste do Brasil (NERI E SOARES, 2002).

Quando não há separação por grupos de necessidades em saúde no estudo sobre utilização de serviços, não existem diferenças entre os grupos sociais. Porém, quando o grupo com maior necessidade em saúde é estudado, o grupo de pessoas da classe social mais baixa consulta em menor proporção que o grupo de pessoas da classe mais alta, demonstrando a iniquidade existente no sistema de saúde (MENDOZA-SASSI, BÉRIA *et al.*, 2003).

Em um estudo realizado por Sônia Rocha (1995), são expostas as características que diferenciam os grupos pobres e não-pobres, além de apresentar um modelo que permite evidenciar as probabilidades do indivíduo ser pobre e enfrentar desigualdades no Brasil. As variáveis elencadas incluem sexo do chefe de família (feminino); cor do chefe (negra ou parda); situação na ocupação (empregado sem carteira assinada ou desempregado); nível de escolaridade do chefe (menos de quatro anos de estudo); razão de dependência (zero); região de residência (Nordeste); estrato de residência (rural). Razão ou taxa de dependência é a relação

entre o número total de ocupados divididos pelo total de pessoas na família, através da relação pobreza com o tamanho e estrutura da família. Quando uma pessoa reúne todas as características citadas, a probabilidade de ser pobre é de 95%. Quando o indivíduo reúne todas as características, mas o chefe de família é branco, a sua probabilidade de ser pobre passa a ser de 92%. Quanto à escolaridade, se o indivíduo reúne todas as características, mas o chefe de família tem escolaridade superior a quatro anos, sua probabilidade de ser pobre reduz-se para 86%. Quando pouco mais da metade dos membros da família trabalham, verificando que o indivíduo que reúne todas as características, tem sua probabilidade de ser pobre reduzida para 71% (BRASIL, 2005a).

Os termos raça/etnia também têm sido importantes eixos no estudo das desigualdades de saúde, principalmente em países como Estados Unidos e Inglaterra, embora o conceito de raça apresente problemas de classificação. Tradicionalmente, o conceito de raça era definido com base nas diferenças supostamente genéticas entre grupos, porém com o avanço da biologia molecular, apenas 7% do total da variação genética humana é encontrada entre as raças. Por outro lado, a raça é um importante constructo social, determinando identidades, acesso a recursos e a valorização da sociedade como um todo. Então, pode-se dizer que a raça contribui para a exposição a diferentes riscos à saúde. Como exemplo, tem-se nos pretos e indígenas os piores indicadores de mortalidade, em termos de distribuição etária ou magnitude de causas evitáveis, podendo-se destacar que em 2001, a proporção de óbitos sem assistência médica entre os indígenas foi de 9%, comparada a 6% entre os brancos (CHOR E LIMA, 2005).

A ação governamental possui grande influência na determinação das desigualdades em saúde, sendo caracterizada pela má distribuição dos recursos, que acabam não atingindo os grupos sociais mais vulneráveis, sendo estes recursos não insuficientes, mas ineficientes. Pode-se considerar a equidade como igualdade no alcance dos objetivos finais e reconhecimento de fatores determinantes das diferenças existentes na sociedade, referente a aspectos biológicos, sociais e político-organizacionais. Vale ressaltar que as variações biológicas naturais não devem ser consideradas como iniquidades, uma vez que há um certo consenso de que são tomadas como iniquidades as diferenças em saúde determinadas pela

exposição a condições de vida e de trabalho estressantes e doentias, acesso inadequado aos serviços de saúde e comportamentos de risco (SENNÁ, 2002).

Vale considerar que a utilização de serviços também é condicionada por fatores internos e externos ao setor, desde a oferta dos serviços até as preferências e possibilidades dos usuários. A questão da equidade tem sido objeto de constante debate no sistema público, uma vez que é indispensável quando se busca determinantes das desigualdades em saúde, seja para a formulação de políticas e prioridades, a fim de diminuir o impacto dos diferenciais sociais em saúde e elaborar instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de saúde (SENNÁ, 2002).

4 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os primeiros modelos teóricos sobre utilização de serviços de saúde datam das décadas de 50 e 60, tendo como precursores o modelo de crenças em saúde e o modelo de Andersen. O modelo comportamental com base nas crenças nos indivíduos em relação à saúde e à utilização de serviços foi desenvolvido na tentativa de explicar a não adesão a programas preventivos e de detecção precoce das doenças (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

O modelo teórico de Andersen faz uma revisão da utilização de serviços e define que os principais fatores do perfil de consumo de saúde são agrupados em três dimensões (SAWYER E LEITE, 2002; CÉSAR, HORTA *et al.*, 2002; TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002; CAPILHEIRA E SANTOS, 2006):

- Fatores de capacitação: referem-se à capacidade da pessoa procurar o serviço de saúde e ser atendida. Estão relacionados às condições econômicas individuais e familiares e à oferta de serviços na comunidade, incluindo renda, plano de saúde, apoio familiar, proximidade e recursos oferecidos. Predominam em indivíduos de alta renda, com plano de saúde e que residem em domicílio com mais de quatro pessoas.
- Fatores de necessidade: referem-se tanto às percepções subjetivas do indivíduo referente à sua saúde quanto às percepções objetivas. São aqueles

indivíduos que consideram sua saúde ruim, mencionam mais de uma doença crônica e apresenta mais de 15% de pessoas que têm dificuldade ou não conseguem realizar algumas atividades físicas.

- Fatores de predisposição: referem-se aos fatores referentes às características individuais, ou seja, às variáveis sócio-demográficas e familiares como idade, sexo, nível de escolaridade e raça. Compõem os indivíduos com alta escolaridade e alta proporção de pessoas com mais de 60 anos e do sexo feminino.

Alguns dados já publicados do mesmo banco do estudo aqui desenvolvido mostraram que 27% da população utilizou algum serviço de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista sendo a consulta preventiva mais freqüente entre o quintil mais rico (51%) do que entre o mais pobre (23%) (BARROS, VICTORA *et al.*, 2005). Em outro estudo realizado por Capilheira e Santos (2006), a prevalência de pelo menos uma consulta médica nos três meses anteriores à entrevista foi de 55,1%, sendo a média de consultas de 1,36. Já em um estudo representativo da população brasileira com mais de 65 anos de idade, a procura por serviço de saúde nas duas últimas duas semanas foi de 20,9% (LIMA-COSTA, BARRETO *et al.*, 2003). Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), mostrou que a prevalência de utilização dos serviços de saúde nos últimos 15 dias foi de 14,6%.

Os motivos que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde incluem, em ordem decrescente, realização de exames de rotina ou prevenção, doença, problema odontológico, tratamento ou reabilitação, acidente ou lesão, vacinação e atestado de saúde. A procura de serviços para exames de rotina ou prevenção é mais elevada nos indivíduos de maior rendimento. Da mesma forma, a procura de serviços por motivo de doença diminui da base para o topo da distribuição de renda (PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999; NERI E SOARES, 2002).

Por outro lado, o motivo da utilização de serviços de saúde por uma população idosa acima de 65 anos nas duas semanas anteriores a um estudo foi de 51,7% para doença, tratamento ou reabilitação, 42,4% para exames de rotina ou preventivos, e 5,9% para outros motivos (LIMA-COSTA, BARRETO *et al.*, 2003).

Quanto à frequência de utilização, em um estudo transversal de base populacional, entre a população de 20 a 69 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, sobre a utilização de serviços ambulatoriais, mostrou que a média de consultas anual era de três consultas por pessoa (desvio-padrão de 4,7), entretanto, metade da população consultou duas vezes ou menos (DIAS DA COSTA E FACCHINI, 1997).

Além do perfil que determina o consumo dos serviços de saúde, conta-se com quatro dimensões explicativas referente à utilização destes serviços. A *dimensão política* procura retratar as relações estabelecidas entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde, a qual possibilita o desenvolvimento de uma consciência sanitária e a organização social. A *dimensão econômica* é relativa à relação entre oferta e demanda dos serviços. Já a *dimensão técnica* diz respeito à utilização e a dificuldade encontrada pelo usuário na realização do atendimento pretendido e está relacionada à oferta dos serviços de saúde, ao planejamento, organização, fluxo, qualidade e resolutividade do serviço. Por último tem-se a *dimensão simbólica*, que se refere às representações sociais sobre o processo saúde-doença e da forma como o sistema é organizado para atender às necessidades das pessoas (ASSIS, VILLA *et al.*, 2003).

Para o efetivo planejamento das ações dirigidas à redução das desigualdades em saúde e avaliação da política adotada, é imprescindível conhecer o padrão de utilização de serviços de saúde em relação ao perfil de necessidades dos diversos grupos sociais. A necessidade é o fator mais importante na explicação do uso em saúde, seguido dos fatores que expressam as dimensões biológicas e sociais, os chamados fatores predisponentes. Raça e condição social também estão relacionadas ao uso dos serviços em saúde (PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999).

Portanto, o conhecimento dos padrões de utilização dos serviços de saúde é de fundamental importância para a realização de planejamento em saúde através de decisões efetivas em relação a custos e ações resolutivas. A definição do padrão de consumo é realizado com base nos custos e no estado de saúde do

paciente, gerando, algumas vezes, procedimentos desnecessários e pouco resolutivos (SAWYER E LEITE, 2002).

4.1 Determinantes da utilização dos serviços de saúde

Pode-se dizer que os motivos que levam as pessoas a procurar o serviço de saúde são preventivos, administrativos, doenças agudas, doenças crônicas, e fatores inerentes aos indivíduos, serviços, sistema de saúde e profissionais, Geralmente mulheres, crianças, idosos, pessoas com maior renda e escolaridade, detentoras de planos de saúde e que apresentam morbidade, são as que mais utilizam os serviços de saúde (GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005).

4.1.1 Autopercepção de Saúde

A auto-avaliação do estado de saúde é um critério subjetivo que permite mensurar o estado de saúde com base na percepção da pessoa acerca de seu estado. Considera-se uma importante medida de necessidade em saúde, embora seja questionada quanto a uma idéia de bem-estar geral do indivíduo (NERI E SOARES, 2002).

A autopercepção de saúde está relacionada à cultura das famílias e da sociedade, formadas por diferentes estilos de vida, valores, ideais, crenças e práticas, transmitidos de geração em geração e afetando o comportamento das famílias. O efeito da cultura sobre a saúde da família apresenta as dimensões a seguir (ÂNGELO E BOUSSO, 2003):

- *Crenças e práticas de saúde:* cada família possui crenças e práticas sobre saúde e doença, que inclui desde o que um sintoma significa, quando e em que lugar levar a pessoa doente, até o que é a cura. Conflitos entre as crenças e práticas sobre saúde dos membros da família podem afetar a saúde desta e serem motivados por diferenças entre as gerações da família.
- *Valores familiares:* determinam as normas e regras e servem como guia dos comportamentos, além de envolver o relacionamento entre as pessoas e a orientação em atividades da vida. A comunidade também afeta o

relacionamento da família, pois há grande relação entre os valores da família e os da comunidade.

- *Papéis familiares e padrões de comunicação:* a cultura possui grande influência sobre os papéis e os padrões de comunicação da família. A concordância entre os papéis familiares, a distribuição de poder na família e os padrões de comunicação ajudam a prover sentido, estrutura e continuidade à vida familiar.
- *Enfrentamento familiar:* a cultura também influencia a adaptação e o enfrentamento das demandas e alterações internas e externas da família. A maneira como a família enfrenta as demandas influenciam a sua saúde e funcionamento. As estratégias de enfrentamento incluem a união familiar, a flexibilidade nos papéis, a capacidade de partilhar pensamentos e sentimentos, a busca de informações, a manutenção de vínculos com membros da comunidade, a busca e utilização de suportes social e espiritual.

A saúde física e emocional dos indivíduos que compõem o ambiente familiar ocupa um papel importante no seu funcionamento. Quando ocorre qualquer mudança na saúde de um dos seus membros, os demais são afetados, ocorrendo uma alteração na unidade familiar como um todo. Pode-se dizer que a família afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afeta a família. O funcionamento da família também é afetado pela forma como a doença é tratada pelo sistema de saúde, pelos recursos disponíveis e pelas políticas e princípios éticos presentes nas práticas assistenciais, podendo-se dizer que não somente os seus membros são interdependentes, mas que esta interdependência também se aplica à família e à comunidade (ÂNGELO E BOUSSO, 2003).

A suscetibilidade percebida pelo indivíduo refere-se à percepção subjetiva do risco de ter a doença e a gravidade percebida diz respeito aos sentimentos e preocupações em relação à doença e suas conseqüências nas condições de vida. A atitude da pessoa em adotar uma “ação de saúde” é influenciada pela propensão à ação, a avaliação das vantagens e desvantagens em adotar esta ação e os estímulos internos e externos em adotá-la (Travassos e Martins, 2004). A auto-avaliação da saúde envolve o conhecimento da pessoa sobre vários fatores influentes na sua vida, entre eles, comportamento de risco, história

familiar de doenças e longevidade familiar (SZWARCOWALD, SOUZA-JÚNIOR *et al*, 2005).

As mulheres, de uma maneira geral, tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e referem mais doenças crônicas do que homens, que, por sua vez, apresentam doenças mais severas e de maior letalidade. Em um estudo onde foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998), constatou-se que os homens com restrição de atividade utilizaram mais serviços de saúde do que as mulheres até 14 anos, invertendo-se dos 15 aos 64 anos. A partir dos 65 anos, a diferença na taxa de utilização entre pessoas que referiram restrição de atividades desapareceu. Mulheres brancas, com maior escolaridade, maior poder aquisitivo, empregadas no setor formal e pertencentes a famílias chefiadas por homens, apresentaram maiores chances de uso dos serviços de saúde na presença de restrição de atividade por motivo de saúde. Quanto aos homens, aqueles de maior poder aquisitivo, com posições de patrão e empregado no setor formal, independente da raça, da escolaridade e do sexo do chefe da família, apresentaram maiores chances de uso de serviços de saúde na presença de restrição de atividades (TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002).

A auto-avaliação da saúde como “ruim” ou “muito ruim” foi citada por 9% dos entrevistados que participaram da Pesquisa Mundial da Saúde, em 2003. Por outro lado, 53% avaliaram a saúde como “boa” ou “muito boa” e 38% como “moderada”, sendo a percepção entre as mulheres pior quando comparadas a dos homens. A faixa etária que teve maior destaque quanto à auto-avaliação de saúde como “boa” ou “muito boa” foi entre os jovens de 18 a 29 anos. Já entre os indivíduos com 60 anos ou mais de idade foi de 28%. Em relação à escolaridade, o percentual quanto à percepção de saúde mostrou-se tanto menor quanto pior o nível de instrução, variando de 41% entre os entrevistados com ensino fundamental incompleto a 72% entre aqueles com ensino médio completo ou superior (SZWARCOWALD, SOUZA-JÚNIOR *et al*, 2005).

Pode-se dizer que a atitude e o comportamento das pessoas são responsáveis, geralmente, pela procura aos serviços de saúde e o atendimento realizado pelo profissional determina o retorno destas pessoas ao serviço, bem

como definem o tipo e os recursos consumidos para resolução dos problemas de saúde (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). A autopercepção de saúde pode determinar o número de consultas médicas realizadas. Estudos sobre utilização de consultas médicas, realizados em Pelotas e em Rio Grande, constataram que a probabilidade de consultar um médico aumentava conforme a piora da autopercepção de saúde (MENDOZA-SASSI, BÉRIA *et al.*, 2003; CAPILHEIRA E SANTOS, 2006). As pessoas que consideraram seu estado de saúde regular ou ruim tiveram probabilidade 3,8 vezes maior de consultar quatro vezes ou mais no período de três meses anteriores à pesquisa (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006).

4.1.2 Necessidade em Saúde

A morbidade referida determina a necessidade em saúde e, conseqüentemente, a utilização de serviços de saúde, medida pela autopercepção de saúde, pelo número de sintomas relatados, pelo número de enfermidades crônicas e pelos dias restringidos de atividades normais devido à enfermidade. Numa população de 60 anos ou mais, a morbidade referida foi o fator mais importante na explicação das variações da utilização dos serviços de saúde (MENDOZA-SASSI, BÉRIA *et al.*, 2003).

Em um inquérito domiciliar realizado entre julho de 1989 a junho de 1990 na região sudoeste da capital de São Paulo, cerca de 30% das pessoas entrevistadas referiram algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, com variações nos diferentes grupos estudados. Os menores de um ano de idade e as mulheres com 50 anos ou mais foram os grupos que mais referiram algum problema de saúde, somando 41,3% e 48,7% respectivamente; em comparação com o grupo de sete a 19 anos, que somou 22,5%. Dentre os indivíduos que apresentaram problema de saúde, a procura por ajuda decresceu com o aumento da idade, mesmo na presença de algum problema. A morbidade referida foi semelhante segundo a escolaridade dos chefes de família, porém a procura por ajuda aumentou com a escolaridade, podendo estar relacionada à maior possibilidade de acesso aos serviços (CESAR E TANAKA, 1996).

Quanto às doenças crônicas, em um estudo realizado em Pelotas, indivíduos que diziam ser portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e aqueles que relataram terem sido hospitalizados no último ano, tiveram probabilidades 19%, 16% e 46% maiores, respectivamente, de consultar um médico nos últimos três meses. Estas pessoas que foram hospitalizadas apresentaram probabilidade três vezes maior de realizar consulta médica em excesso (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006).

Da mesma forma, em outro estudo realizado em Pelotas sobre utilização de consultas ambulatoriais, ao se estimar as quantidades anuais de consultas por médias dos motivos, verificou-se que 47% da demanda era motivada por doenças crônicas e 18% por motivos preventivos. Pessoas que ignoravam a presença de hipertensão arterial consultavam aproximadamente 25% a menos do que aquelas que não relatavam o problema, enquanto as que referiram a doença procuravam 40% mais os serviços médicos (DIAS DA COSTA E FACCHINI, 1997).

A necessidade auto-referida foi o fator mais importante na explicação das variações na utilização de serviços de saúde em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. Aqueles idosos que utilizavam somente o serviço público tiveram *odds* de uso 50% menor, comparando aos que tinham direito de usar o serviço privado. Já a idade e a escolaridade não se mostraram significativas na explicação das variações nas chances de consumo dos serviços de saúde (PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999).

4.1.3 Fatores demográficos

Segundo estudos realizados, a consulta ao médico foi significativamente maior em mulheres em comparação aos homens, e entre as mulheres de mais de 65 anos (36,2%) em relação às de 25 a 44 anos (31%) (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006; MENDOZA-SASSI, BÉRIA *et al.*, 2003; GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005; PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999).

Igualmente, em outro estudo sobre a utilização de serviços ambulatoriais, também realizado na cidade de Pelotas, mostrou que a média anual

de consultas foi significativamente maior entre as mulheres, que não consumiam álcool, hipertensas ou portadoras de problemas crônicos e que haviam sido hospitalizadas no último ano (DIAS DA COSTA, FACCHINI, 1997).

Estudos realizados em vários países apontam que mulheres em idade fértil consultam mais o médico, devido a fatores ginecológicos e obstétricos. Além disso, mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, visto que teriam mais acesso às informações em saúde (TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002; CAPILHEIRA E SANTOS, 2006). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998), a consulta ao médico nos últimos 12 meses por uma população da zona urbana foi mais elevada nas mulheres, com exceção da faixa etária de 0 a 4 anos. Nesta faixa etária, a consulta ao médico foi de 78,2% nas meninas e 79,3% nos meninos. Já nas faixas etárias de 65 anos ou mais foi de 79,6% nas mulheres e 70% nos homens (TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002).

Quanto à idade, em um estudo realizado em Pelotas, pessoas de 20 a 29 anos tiveram uma prevalência de 49,3% e pessoas com 60 anos ou mais tiveram uma prevalência de 64,8% de visita ao médico nos três meses anteriores, podendo-se dizer que indivíduos da faixa de 60 anos ou mais apresentaram uma probabilidade 28% maior de consultar um médico do que os de 20 a 29 anos (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006). Já na área coberta pelo PSF, a utilização era maior para pessoas com idade superior a 60 anos (22,9%) (GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005).

Da mesma forma, a consulta ao médico nos 15 dias anteriores à entrevista, foi maior nas faixas etárias extremas, ou seja, 0 a 4 anos (18,3% nas mulheres e 19,3% nos homens) e acima de 65 anos (25,9% nas mulheres e 21,1% nos homens). Nota-se um crescente aumento da utilização de serviços por idosos, por consumirem maior quantidade de serviços e consumirem mais serviços de alto custo, embora o conhecimento do padrão de utilização por idosos ainda mostre-se limitado. Alguns autores consideram que ser idoso do sexo feminino e possuir mais de 74 anos de idade são fatores significativos na predisposição à utilização de serviços de saúde, não encontrando associação com condição social e estado civil (TRAVASSOS, VIACAVA *et al.*, 2002).

De acordo com a raça, brancos têm chances aumentadas em 3% (NERI E SOARES, 2002). Por outro lado, em outro estudo a cor da pele não apresentou associação com a consulta médica, porém mostrou-se significativamente associado com classe econômica (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006).

4.1.4 Fatores socioeconômicos

Segundo alguns estudos, a utilização dos serviços de saúde é maior para pessoas com rendimento superior, favorecendo assim, as camadas mais privilegiadas, embora, os socialmente menos privilegiados tendem a adoecer mais precocemente (NERI E SOARES, 2002; PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999). Para pessoas consideradas saudáveis a utilização é 50% maior para o último quintil (NERI E SOARES, 2002). Isto leva ao que chamamos de “Lei dos Cuidados Inversos de Hart”, onde pessoas que mais necessitam de cuidados utilizam menos os serviços de saúde e recebem cuidados menos qualificados, sendo o grupo menos beneficiado pelos serviços (HART, 1971).

Estudos transversais, de base populacional, realizados na cidade de Pelotas, sobre a utilização de serviços ambulatoriais e consultas médicas, evidenciaram que as pessoas das classes mais favorecidas consultaram significativamente mais que as de outras classes (DIAS DA COSTA, FACCHINI, 1997; DIAS-DA-COSTA *et al*, 2008).

Pode-se perceber que a utilização dos serviços é determinada de forma desigual, visto que a procura por serviços tende a aumentar ao longo da distribuição de renda (NERI E SOARES, 2002).

Em outro estudo de base populacional realizado em Pelotas, a escolaridade não apresentou associação significativa com o número de consultas médicas nos três meses anteriores à pesquisa, porém mostrou-se significativamente associado com classe econômica, sendo o número de consultas maior em pessoas da classe A/B (61,6%) em comparação às classes C (53,9%) e D/E (55,9%) (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006). Por outro lado, em um estudo sobre o PSF, a

utilização de serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista em áreas cobertas pelo PSF, de acordo com a escolaridade, foi de 20,9% (nenhuma escolaridade), 14,2% (1º a 4º série), 12,1% (5º a 8º série), 13,4% (segundo grau) e 12% (nível superior). No entanto, em áreas não cobertas pelo PSF a utilização de serviços de saúde foi de 41,9% para nenhuma escolaridade e 85,2% para nível superior (GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005).

Em um estudo de base populacional com amostragem sistemática em relação à utilização de serviços de saúde por crianças menores de cinco anos no município de Rio Grande, verificou-se que aquelas cujos pais possuíam até 4 anos de estudo apresentaram risco 7,4 vezes maior de utilizar os serviços de saúde em relação aos pais com escolaridade superior a 8 anos completos. No grupo intermediário, cinco a oito anos de escolaridade, o risco de utilização foi cerca de quatro vezes maior (CÉSAR, HORTA *et al.*, 2002).

Quanto à ocupação, a utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias em uma população coberta pelo PSF foi de 12,3% para desempregados, 12,2% para informal/autônomo, 18,4% para inativos e 11,8% para empregados (GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005).

4.1.5 Plano de Saúde

A utilização de serviços de saúde é influenciada pela visão negativa do SUS, visto que é caracterizado como um provedor de baixa qualidade e que demanda um longo tempo de espera para conseguir atendimento. A partir desta visão, há uma preferência pelo provedor privado, sendo este, caracterizado como um sistema de melhor qualidade, mas que exige um preço caro. À medida que a renda das pessoas aumenta, elas tendem a escolher a rede privada de atendimento. Em um estudo realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, em 1995, demonstrou-se que o aumento da renda familiar em um salário mínimo, aumenta as chances do idoso em utilizar a rede privada em 20%. A escolaridade também possui influência na decisão pelo atendimento privado, ou seja, pessoas com melhor educação procurariam alternativas mais sofisticadas de atendimento.

Para cada ano de acréscimo na escolaridade, as chances do idoso de utilizar estes serviços aumentam em quase 5% (BÓS E BÓS, 2004).

A utilização de plano de saúde esteve diretamente relacionada com a visita ao médico em comparação à não utilização de plano de saúde (MENDOZA-SASSI E BÉRIA, 2001; PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999). Aproximadamente 25% da população brasileira possui algum plano de saúde e destes, 25% são detentores de planos de assistência ao servidor público. Dados apontam que dos 10% mais ricos, cerca de 74% apresentam algum plano de saúde, enquanto que dos 10% mais pobres, cerca de 2,8% o possuem. A aquisição de um plano de saúde é 16 vezes mais freqüente no grupo de pessoas socialmente privilegiado pela distribuição de renda. Além, disso há um aumento ao longo da distribuição de renda em relação à cobertura de exames complementares, excluindo o grupo mais pobre da população (NERI E SOARES, 2002).

Em um inquérito domiciliar realizado na região sudoeste da Grande São Paulo, a maioria dos entrevistados (90,5%) não pagou diretamente pelo serviço utilizado para a morbidade referida nos 15 dias anteriores à entrevista, e um percentual de 7,5% pagou integralmente. Os serviços utilizados pelos entrevistados que não pagaram diretamente foram serviços públicos ou conveniados com o setor público (68%); convênio-empresa (24,1%); outras alternativas, como serviço médico de empresas, de sindicatos ou associações de categorias profissionais (7,9%); e seguro médico privado (menos de 1%) (CÉSAR E TANAKA, 1996). O consumidor que possui capacidade de compra dos serviços de saúde foi representado por aproximadamente 22% das pessoas (ASSIS, VILA *et al.*, 2003).

Além disso, pessoas que possuem plano de saúde privado e de assistência ao servidor público, possuem chances aumentadas em 450% de consumir os serviços de saúde. Já aqueles que são acometidos por alguma doença crônica, têm as chances aumentadas em 155% de procurar assistência. As chances de consumir esses serviços aumentam à medida que os indivíduos gastam mais com a mensalidade do seguro saúde e possuem plano com cobertura à consulta médica (NERI E SOARES, 2002).

4.1.6 Tipo de Serviço de Saúde

Fatores de oferta podem determinar a demanda aos serviços de saúde, sendo a utilização de serviços definida como produto da interação entre clientes, profissionais e sistema de saúde. Vale ressaltar que os sistemas de saúde contêm obstáculos estruturais que influenciam a utilização dos serviços, podendo-se citar os obstáculos financeiros, temporais, organizacionais e os referentes à prática médica (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). Estes obstáculos influenciam a decisão das pessoas em utilizar o sistema de atenção à saúde. Após a utilização destes serviços, chegam a uma compreensão sobre o que este serviço lhes oferece, se estão satisfeitos com o atendimento e se aceitarão as orientações dos profissionais de saúde. Podem decidir se realizarão as recomendações ou se irão modificá-las da sua maneira (STARFIELD, 2002).

Dados sobre o tipo de serviço de saúde procurado, em um estudo transversal, com base populacional, realizado na cidade de Pelotas, mostraram que os serviços privados eram utilizados predominantemente por pessoas inseridas na burguesia e nova pequena burguesia. A pequena burguesia tradicional utilizou, preferencialmente, o sistema público, embora tenha utilizado outros serviços. O proletariado utilizou, basicamente, o sistema público e os serviços credenciados e conveniados e o subproletariado recorreu ao sistema público e aos serviços filantrópicos (DIAS DA COSTA, FACCHINI, 1997).

Estudos realizados sobre os serviço de atendimento à saúde mais procurado, foi constatado que o posto/centro de saúde foi o mais procurado, seguido do consultório particular, do ambulatório de hospitais, do ambulatório/consultório de clínicas, do pronto-socorro/emergência, da farmácia, do ambulatório de empresa/sindicato, de laboratório e outro (LIMA-COSTA, BARRETO *et al.*, 2003; PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999).

Segundo estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz sobre a avaliação da implementação da Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, muitas pessoas, após a implantação do PSF, passaram a procurar menos hospitais, especialistas e serviços de urgência. Perguntados sobre a procura de hospitais e

especialistas depois da implantação do PSF, a metade ou mais dos entrevistados responderam que procuram menos esses serviços em todos os municípios, exceto Goiânia. Vitória da Conquista (69%), Camaragibe (65%) e Manaus (60%) apresentaram as avaliações mais positivas (BRASIL, 2005a).

5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELO USUÁRIO

A avaliação representa uma atividade bastante antiga, tendo o conceito de avaliação de programas públicos surgido no cenário mundial logo após a Segunda Guerra Mundial, pela necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Já no Brasil, a avaliação de políticas começa a se desenvolver somente a partir da década de 80 (UCHIMURA E BOSI, 2002).

Para alguns autores avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, objetivando ajudar na tomada de decisões, podendo ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (UCHIMURA E BOSI, 2002).

Sendo assim, a avaliação normativa é a atividade que permite fazer um julgamento sobre determinada intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, baseada em critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa é considerada um procedimento que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos, permitindo a análise da pertinência, referenciais teóricos, produtividade e o rendimento de uma intervenção (SILVA E FORMIGLI, 1994; UCHIMURA E BOSI, 2002).

5.1 Satisfação dos Usuários

A avaliação dos serviços de saúde pelos usuários difundiu-se a partir dos anos 60 na Europa e nos Estados Unidos, tendo como foco os estudos de adesão ao tratamento. Nas décadas de 1970 e 1980 passou a se inserir no movimento da qualidade dos serviços de saúde. Já no Brasil, os estudos de

satisfação ganham importância a partir da segunda metade da década de 1990, com o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. Estudos com abordagens quantitativas e qualitativas trazem altas taxas de satisfação, conhecido como efeito de “elevação” das taxas de satisfação, quando as expectativas referentes ao serviço são negativas. Os métodos quantitativos são valorizados quando se pretende alcançar uma amostra representativa da população, além de serem mais baratos e rápidos. Porém, têm sido considerados reducionistas e criticados por não trabalharem com dados subjetivos (ESPERIDIÃO E TRAD, 2006).

Um estudo de base populacional sobre as desigualdades socioeconômicas, realizado no Brasil de janeiro a setembro de 2003, envolvendo cinco mil indivíduos com 18 anos de idade ou mais, avaliou a satisfação dos usuários quanto aos seguintes aspectos: satisfação com as habilidades e equipamentos do profissional; disponibilização de medicamentos; tempo de deslocamento; tempo de espera; tratamento respeitoso; intimidade respeitada; clareza nas explicações; tempo para fazer perguntas; possibilidade de obter informações; participação na tomada de decisões; falar em privacidade com profissionais de saúde; sigilo das informações pessoais; liberdade de escolha do profissional de saúde; limpeza das instalações; espaço disponível das salas de espera e de exames. A avaliação do atendimento quanto à satisfação dos usuários revelou que o tempo de espera para ser atendido teve o menor grau de satisfação. Já aquilo que diz respeito à intimidade, ao sigilo das informações pessoais e às habilidades dos profissionais, obteve percentuais mais elevados (SZWARCOWALD, LEAL *et al*, 2005).

A avaliação dos serviços de saúde, mais precisamente do PSF em questão, muitas vezes, adquire uma característica fragmentada, levando em consideração experiências particulares e não a visão geral do funcionamento do PSF, visto que o programa é mais identificado a partir da sua materialização em um Posto de Saúde e nas ações de seus profissionais. O horário de funcionamento das unidades básicas de saúde e o tempo de espera para consultar continuam sendo motivos de insatisfação por parte dos usuários. Um estudo realizado com usuários das áreas de abrangência do PSF em cinco municípios da Bahia mostrou a

necessidade relatada por estes quanto ao atendimento em finais de semana e à noite, ou seja, um atendimento que contemple 24 horas do dia. Outro relato foi a prática de acordar de madrugada para conseguir uma vaga, devido ao número reduzido de fichas, embora esta prática já tenha diminuído (TRAD, BASTOS *et al.*, 2002).

Assim, as dimensões de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde abrangem o acesso, a qualidade, a estrutura física e organizacional, aspectos da relação médico-paciente, entre outros. Diversas classificações das dimensões da satisfação têm sido propostas, podendo-se citar a taxonomia elaborada por Ware *et al* (1983), onde distingue oito dimensões: comportamento interpessoal, qualidade técnica do cuidado, acessibilidade/conveniência, aspectos financeiros, eficácia/resultados do cuidado, continuidade do cuidado, ambiente físico e disponibilidade (WARE, SNYDER *et al.*, 1983).

A satisfação referente aos serviços de saúde avaliada em um estudo representativo da população brasileira com mais de 65 anos, indicou o atendimento recebido nas duas últimas semanas como muito bom (26,2%), bom (60,1%), regular (11,7%) e ruim/muito ruim (2%) (LIMA-COSTA, BARRETO *et al.*, 2003). Outro estudo publicado com dados do mesmo banco utilizado neste trabalho, mostrou que a satisfação com os serviços de saúde no geral se mostrou elevada, sendo que 84% dos usuários avaliaram o serviço como bom ou muito bom (BARROS, VICTORA *et al.*, 2005).

Vale ressaltar que alguns pesquisadores têm buscado compreender o fenômeno da alta satisfação, apontando inconsistências teóricas no conceito de satisfação e relacionando aspectos metodológicos. Pesquisas sobre satisfação em serviços públicos podem obter alta satisfação pelo fato dos usuários expressarem receio em criticar, por medo de perder o direito ao serviço, mesmo sendo de baixa qualidade. Vale ressaltar que a mídia, no Brasil, propaga uma idéia de serviço público desprovido de qualidade. Por outro lado, a maioria das pesquisas sobre satisfação mostra o contrário. Uma provável explicação é que a mídia influencia mais a opinião de não-usuários do que de usuários, causando uma falsa impressão de

que o serviço público não funciona e é de baixa qualidade. Outra explicação possível reside na garantia da prestação dos serviços de saúde, causando satisfação (ESPERIDIÃO E TRAD, 2006).

Outra explicação para a alta satisfação do usuário frente aos serviços de saúde está no fato dos usuários responderem aquilo que o profissional da saúde ou o entrevistador esperam ouvir, podendo ocorrer o que se chama de viés de cortesia. Este viés pode influenciar a resposta dos usuários e sobrestimar o real nível de satisfação recebido (FALEIROS, KALIL *et al.*, 2005).

METODOLOGIA

1 DELINEAMENTO

O delineamento do estudo é transversal.

2 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo é formada por indivíduos de todas as faixas etárias residentes nas áreas cobertas pela ESF, na zona urbana em Porto Alegre, RS.

3 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo amostral foi delineado visando obter uma amostra representativa da população residente na zona urbana de abrangência da ESF da cidade de Porto Alegre, RS.

Segundo o Censo Demográfico de 2000, Porto Alegre possui 2157 setores censitários sendo que em 2003, 230 eram cobertos pela ESF. Na época da coleta dos dados, Porto Alegre contava com 62 unidades de PSF, sendo que 56 estavam em funcionamento há mais de seis meses. Em 2003 a ESF atingia, aproximadamente, 45.700 famílias com uma média de 800 famílias atendidas por equipe. Foram escolhidas 45 unidades, das 56 existentes, usando uma amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada unidade sorteada, 20 residências foram selecionadas, totalizando 900 residências. A área da ESF que compõe uma unidade é dividida em quatro microáreas. Foram escolhidas cinco residências de cada microárea, totalizando 20 residências por unidade. Todos os moradores dos domicílios selecionados fizeram parte da amostra. Os mapas e

informações (número de residências e número de pessoas) do censo brasileiro de 2000 foram usados para delinear a estratégia amostral.

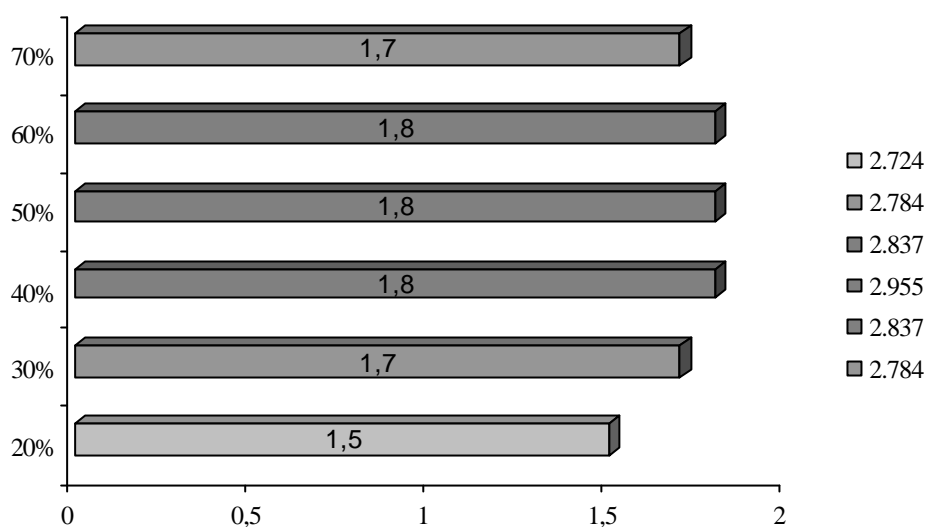
A seleção dos domicílios foi realizada a partir dos cadernos de registro dos domicílios de cada ACS. Realizou-se o sorteio do primeiro domicílio de cada microrregião. Utilizou-se uma tabela de números aleatórios para selecionar um determinado domicílio na lista que seria o ponto inicial para a seleção dos cinco domicílios. O primeiro domicílio da amostra de cada microrregião era o que se encontrava à esquerda do domicílio sorteado. Para a escolha do segundo pulavam-se os próximos cinco domicílios e selecionava-se o sexto para fazer parte da amostra, e assim sucessivamente, até obter cinco domicílios em cada microrregião.

4 CÁLCULO DA AMOSTRA

Uma vez que a coleta de dados já foi realizada (n=2.988), serão demonstrados cálculos de erros máximos permitidos para os estudos de prevalência e cálculos de poder para detectar as associações de interesse do estudo, exceto para as análises meramente descritivas. Padronizou-se um nível de confiança de 95%.

4.1 Cálculo para estudo da prevalência

No gráfico abaixo será demonstrado o erro máximo permitido para a prevalência de utilização da ESF nos últimos 6 meses, com cálculos de prevalência estimados entre 20 e 70% para atingir uma amostra de 2.988 pessoas.



4.2 Cálculo para estudo das associações

Serão demonstrados cálculos de risco mínimo para a amostra estudada, levando em consideração um poder de 80%, para detecção das associações entre as variáveis independentes e o desfecho de utilização de serviços de saúde em geral nos últimos 15 dias. A prevalência de utilização de serviços de saúde em geral nos últimos 15 dias da amostra em estudo foi de 27% (BARROS, VICTORA *et al.*, 2005).

Variáveis estudadas	Frequência de Exposição	Razão não exposto: exposto	Prevalência de utilização dos serviços estimada nos não expostos	Risco relativo mínimo	Amostra
Sexo – Feminino	50,0%	1:1	10,0% ^a	1,34	2.920
Cor da pele – branca	60,0%	2:3	12,0% ^b	1,31	2.955
Idade – 60 anos ou +	8,0%	11:1	10,0% ^c	1,63	2.928
Escolaridade – maior	5%	19:1	9,0% ^a	1,87	2.940
Nível socioeconômico – maior	10%	9:1	8,0% ^b	1,66	2.940
Trabalho nos últimos 30 dias – desempregados e inativos	8%	23:2	12,0% ^e	1,57	2.950
Possui Plano de Saúde - sim	20,0%	4:1	9,0% ^a	1,45	2.960
Autopercepção de saúde – ruim e muito ruim	3,0%	32:1	6,0% ^d	2,47	2.970

^a (MENDOZA-SASSI, BÉRIA *et al.*, 2003)

^b (NERI E SOARES, 2002)

^c (PINHEIRO E TRAVASSOS, 1999)

^d (CAPILHEIRA E SANTOS, 2006)

^e (GOLDBAUM, GIANINI *et al.*, 2005)

O risco relativo mínimo da amostra está entre 1,31 para cor da pele e 2,47 para autopercepção de saúde.

5 INSTRUMENTO E VARIÁVEIS EM ESTUDO

A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado com questões pré-codificadas. Em anexo encontram-se o questionário domiciliar (Anexo 1) e o individual (Anexo 2). O instrumento integral foi planejado para obter informações sobre as seguintes variáveis:

- Características demográficas como sexo, idade e cor da pele;
- Características socioeconômicas, incluindo renda familiar, escolaridade, ocupação e uma classificação econômica definida como Indicador Econômico Nacional (IEN) (BARROS E VICTORA, 2005);
- Uso de serviços de saúde em geral e do PSF em particular;
- Avaliação da autopercepção da saúde;
- Utilização de planos de saúde;
- Satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde em geral e ao PSF em particular.

O questionário domiciliar foi aplicado a um único morador do domicílio, dando-se preferência para ser respondido pela dona da casa. Os questionários individuais das crianças e dos adolescentes até 13 anos de idade foram respondidos pelo seu responsável na moradia, dando-se preferência para ser respondido pela mãe. Dos 14 aos 18 anos foi respondido ou não por um responsável, dependendo se o adolescente costumava ser acompanhado nas consultas médicas ou não.

5 1 Quadros de variáveis

As variáveis que serão estudadas encontram-se nos quadros a baixo:

Variáveis independentes e sua caracterização

Variáveis independentes	Características	Tipo de variável
DEMOGRÁFICAS		
Sexo	masculino / feminino	categórica binária
Idade	anos completos	numérica discreta
Cor da pele	branca, preta, parda, amarela ou indígena	categórica nominal
SOCIOECONÔMICAS		
Escolaridade	nível de ensino	categórica ordinal
Nível econômico IEN (BARROS E VICTORA, 2005)	quintis do IEN com referência a Porto Alegre	categórica ordinal
Ocupação	trabalho nos últimos 30 dias: sim/não	categórica binária
Plano de saúde	sim/não	categórica binária
SAÚDE		
Autopercepção de saúde	muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	categórica ordinal

Variáveis dependentes e sua caracterização

Variáveis Dependentes	Características	Tipo de variável
Principal motivo de procura do serviço de saúde em geral nas duas últimas semanas	consulta de prevenção, rotina; consulta de pré-natal; parto; vacinação; acidente ou lesão; problema odontológico; atestado de saúde; buscar medicamento, ou receita; doença crônica, reabilitação; problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento); outro.	categórica nominal
Razões para não ter procurado atendimento em primeiro lugar na ESF local	já tratava com outro médico e não quer trocar; estava fechado no horário que precisou; não tem profissional ou atendimento da especialidade que precisava; acha que o serviço procurado é de melhor qualidade; demora muito para ser atendido; é mais fácil, mais prático, em outro local; outro	categórica nominal

Utilização de serviços de saúde da ESF local nos últimos 6 meses	sim / não	categórica binária
Motivos pela procura da ESF local nos últimos 6 meses	consulta de prevenção, rotina; consulta de pré-natal; parto; vacinação; acidente ou lesão; problema odontológico; atestado de saúde; buscar medicamento, ou receita; doença crônica, reabilitação; problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento); outro.	categórica nominal
Quantas vezes procurou a ESF nos últimos 6 meses	Nº de vezes	numérica discreta
Avaliação do atendimento pelo usuário	muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim	categórica ordinal
Opinião sobre o serviço de saúde local	concordo, discordo e não tenho opinião	categórica ordinal

6 PESSOAL E LOGÍSTICA

O levantamento de dados foi realizado através de um trabalho de campo na cidade de Porto Alegre. Este foi desenvolvido por entrevistadores selecionados e treinados especialmente para esta função. O processo de treinamento dos entrevistadores levou uma semana e incluiu um teste piloto de dois dias. O treinamento abordou técnicas de entrevista e aplicação do questionário específico, envolvendo leitura detalhada do questionário e manual de instruções, dramatizações e entrevistas sob supervisão.

7 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto envolveu uma unidade atendida pelo PSF, na qual foram realizadas entrevistas para detecção de problemas com o questionário e avaliação final dos entrevistadores. A escolha desta unidade foi realizada através de sorteio entre as unidades não selecionadas para a mostra.

8 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado através da elaboração de um questionário contendo algumas perguntas-chave que foram selecionadas do questionário original. Este questionário foi aplicado a uma amostra aleatória de 6% de todos os indivíduos entrevistados. Sua aplicação foi feita através de visita domiciliar por um dos supervisores, após o preenchimento do questionário integral pelo entrevistador. O mesmo questionário também foi aplicado aos domicílios que tinham telefone e onde não tinha sido feita a aplicação do controle de qualidade domiciliar (14% dos domicílios da amostra).

A consistência das informações foi checada durante a coleta de dados uma vez que a digitação ocorreu simultaneamente permitindo a emissão de relatórios semanais de possíveis inconsistências. Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações foram: o treinamento dos entrevistadores, a elaboração do questionário padronizado e pré-testado, a elaboração de um criterioso manual de instruções e ainda as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo.

9 PLANO DE ANÁLISES

Os dados dos questionários foram armazenados no programa Epi Info 6.04 (CDC, 2001) e foram transferidos para os pacotes estatísticos SPSS 10.0 for Windows e Stata 9.0 (STACORP, 2003) para a realização das análises estatísticas.

Primeiramente foi realizada a análise descritiva das variáveis independentes com apresentação dos valores absolutos e percentuais. A análise bivariada foi utilizada para determinar a razão de risco entre as variáveis independentes e os desfechos, utilizando-se o teste Chi-quadrado para analisar diferenças de proporções. As análises levaram em conta a razão de prevalência, o intervalo de 95% de confiança e o nível de significância das associações.

No estudo da associação entre variáveis independentes e desfechos de utilização de serviços de saúde foram realizadas análises multivariáveis através da regressão de Poisson, segundo modelo hierárquico, visando levar em consideração nas análises, possíveis fatores de confusão ((VICTORA, HUTTLY *et al.*, 1997; BARROS E HIRAKATA, 2003).

Com relação aos dados coletados sobre a opinião dos usuários da ESF sobre o seu posto de saúde local, foi realizada uma análise descritiva de cada opinião e uma análise de conglomerados (*cluster analysis*), visando definir grupos a partir de determinadas características que indiquem padrões de opinião favorável ou desfavorável à ESF local. Adicionalmente foi construído um escore com as 10 perguntas utilizadas para detectar pareceres favoráveis ou contrários à ESF. O maior valor do escore corresponde ao parecer totalmente favorável e o escore zero, ao parecer totalmente desfavorável.

Todas as análises levaram em conta o efeito de desenho amostral (ALTMAN, 1997).

10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo em questão apresenta “baixo risco” ético, já que envolve apenas a aplicação de um questionário com perguntas sobre a utilização de diferentes serviços médicos oferecidos pelo SUS e por entidades privadas e dados pessoais de saúde e socioeconômicos. Ainda assim, foi obtido de cada participante, seu consentimento informado e por escrito (Anexo 3).

Os entrevistadores contratados pelo projeto e especificamente treinados para o levantamento de dados ficaram responsáveis por explicar, com um vocabulário apropriado ao entendimento dos indivíduos convidados a participar do projeto, os seus objetivos e procedimentos. Quaisquer dúvidas foram esclarecidas, deixando-se claro que o indivíduo tinha a opção de não participar sem prejuízo de qualquer direito em relação à atenção médica pelo SUS, e que o sigilo dos dados individuais seria preservado. Após concordar, o indivíduo assinou o consentimento.

Em caso de menores de 18 anos, foi solicitado o consentimento ao seu responsável legal.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi oferecido aos participantes da pesquisa, conforme a as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos especificadas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

ORÇAMENTO

Como foi mencionado na apresentação deste trabalho, este projeto de pesquisa será conduzido com base em uma coleta de dados já realizada. O projeto original teve seu financiamento aprovado pelo Banco Mundial (US\$ 40.000,00), de forma que todas suas despesas foram cobertas.

A maior parte dos custos relacionou-se a despesas com pessoal. Adicionalmente a isto, estão incluídos recursos para cobrir os custos de viagem contraídos pela pesquisadora durante a coleta de dados e estruturação do trabalho de campo em Porto Alegre e recursos para materiais de consumo, contas telefônicas, aquisição de bibliografia e fotocópias dos questionários.

REFERÊNCIAS

ALTMAN, Douglas G. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall; 1997.

ÂNGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szylu. Fundamentos da Assistência à Saúde da Família. In: MANUAL DE ENFERMAGEM. Porto Alegre, 2003. p. 14-17.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; Nascimento, Maria Ângela Alves. **Acesso aos serviços de saúde:** uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.3, p. 815-823. 2003.

BARROS, Aluísio J. D.; VICTORA, Cesar Gomes, CESAR, Juraci Almeida; NEUMANN, Nelson Arns; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. **Brazil:** Are Health and Nutrition Programs Reaching the Neediest? In: Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck AS, editors. Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services What works, What Doesn't and Why. Washington, DC: World Bank; 2005. p. 281-306.

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas; VICTORA, Cesar Gomes. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 523-9. 2005.

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas e HIRAKATA, Vânia N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *Bmc Medical Research Methodology*; 3(21). 2003.

BÓS, Antônio Miguel Gonçalves; BÓS, Ângelo José Gonçalves. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 113-120. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária - Seminário do Conass para a construção de consensos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass: Brasília (DF): MS, 2004. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>> Acessado em: 06 fev 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde. Brasília (DF): MS, 2002. 22 p.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Brasília (DF): MS, 2003. 18 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família. Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. - 2 ed. Brasília (DF): MS, 2005a. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica; Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. - Brasília, DF: MS, 2005b. 36 p.

CAPILHEIRA, Marcelo F.; SANTOS, Iná Silva. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.3, p. 436-43. 2006.

CDC. Epi Info 6.04d. Centers for disease control and prevention. Atlanta, 2001

CESAR, Chester Luiz; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater Sao Paulo Metropolitan Area, 1989 a 1990. **Cad. Saúde Pública**, v.12 (Supl 2), p. 59-70. 1996.

CÉSAR, Juraci Almeida; HORTA, Bernardo Lessa; GOMES, Gildo; SHEHADEH, Imad; CHITOLINA, Juliana; RANGEL, Liliani; SARAIVA, Alessandra O.; OLIVEIRA, Aline K. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, jan-fev, p. 299-305. 2002.

CHOR, Dora; LIMA, Claudia Risso de Araújo. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, set-out, p. 1586-1594. 2005.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2004. 194 p.

DIAS DA COSTA, Juvenal; FACCHINI, Luís Augusto. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. **Rev Saúde Pública**. v.31, n.4, p. 360-9. 1997.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; GIGANTE, Denise Petrucci; MENEZES, Ana Maria Baptista; MACEDO, Silvia; DALTOÉ, Tiago *et al.* Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):353-363. 2008.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. e Colaboradores. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1599 p.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, 10(Supl), p. 303-312. 2005.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p. 669-681. 2006.

FALEIROS, José Justino; KALIL, Gladis; CASARIN, Darci Pegoraro; LAQUE JR., Paulo A.; SANTOS, Iná S.. Impact of a well baby care program on the promotion of exclusive breastfeeding. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, mar/abr, p. 482-489. 2005

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p. 347-355. 2005.

FORTES, Paulo Antonio Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. Community health agents and patients' privacy. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, set/out, p. 1328-1333. 2004.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família (PSF)**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p. 55-124. 2003.

GOLDBAUM, Moisés; GIANINI, Reinaldo José; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; CÉSAR, Chester Luiz Galvão. Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in Sao Paulo City, Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.1, p. 90-99. 2005.

HART, JT. The inverse care law. *Lancet*, Feb, p. 405-12. 1971.

HELMAN, Cecil. *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408 p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2003. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em: 10 fev 2007.

LEVITT R. The Reorganized National Health Service. **Croom Helm**, p.96-7. 1976.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana; Uchoa, Elisabeth. **Socioeconomic circumstances and health among the brazilian elderly**: a study using data from a National Household Survey. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, mai/jun, p. 745-757. 2003.

MENDOZA-SASSI, Raúl; BÉRIA, Jorge Umberto. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 819-32. 2001.

_____ BÉRIA, Jorge U.; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas. **Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study.** **Rev Saúde Pública**, v.37, n.3, p. 372-78. 2003.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Social inequality and health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.18 (Supl), p. 77-87. 2002.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; TRAVASSOS, Cláudia. Inequality in health care use by the elderly in three districts in Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.3, jul/set, p. 487-496. 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Programas e Projetos Especiais. Saúde da Família: aspectos conceituais e diretrizes. Rio Grande do Sul, 30 p. 2003.

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Iúri Costal; ALEXANDRINO, Ricardo. Profiles of health services utilization in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p. 757-776. 2002.

SENNA, Mônica Castro Maia. **Equity and health policy: some reflections on the Family Health Program in Brazil.** **Cad. Saúde Pública**, v.18 (Supl), p. 203-211. 2002.

SILVA, Ligia Maria V.; FORMIGLI, Vera Lúcia A. **Health evaluation: problems and perspectives.** **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.1, jan/mar, p. 80-91. 1994.

SILVA, Nilsa Nunes; PEDROSO, Glaura César; PUCCINI, Rosana Fiorini; FURLANI, Wellington Jesus. Social inequalities and health services use: evidences from a stratified household survey. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.1, p. 44-49. 2000.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STATACORP. Stata statistical software: Release 8.0. College station, Tx: Stata Corporation, 2003.

SZWARCWALD, Célia Landmann; LEAL, Maria Carmo; GOUVEIA, Giselle Camposana; SOUZA, Wayner Vieira de. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.5, Supl 1, dez, p. 11-22. 2005.

SZWARCWALD, Célia Landmann; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges; ESTEVES, Maria Ângela Pires; DAMACENA, Nogueira; VIACAVA, Francisco. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, p. 54-64. 2005.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos. A Visita Domiciliária no contexto da Saúde da Família. IN: MANUAL DE ENFERMAGEM. Porto Alegre, 2003, p. 43-6.

TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília Souza; SANTANA, Edyara de Moraes; NUNES, Mônica Oliveira. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.3, p. 581-89. 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, v.20, Supl 2, p. 190-98. 2004.

_____; VIACAVA, Francisco; PINHEIRO, Rejane Sobrinho; BRITO, Alexandre dos Santos. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. **Rev Panam Salud Publica**, v.11, n.5-6, mai/jun. 2002.

UCHIMURA, Kátia Yume; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, nov/dec, p.1561-9. 2002.

VICTORA Cesar Gomes, HUTTLY Sharon S.; FUCHS, Sandra Cristina; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**. 1997 Feb; 26(1): 224-7.

WEBER, César Augusto Trinta. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre, RS: AGE. 2006. 223 p.

ANEXOS

PLANILHA DO DOMICÍLIO

Nome do entrevistador: _____

Data: ___ ___ / ___ ___

Nome do PSF: _____ Número: ___ ___

Número da família: ___ ___ (*folha de conglomerado*)

IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

Endereço do domicílio

logradouro

n°

complemento

bairro

ponto de referência

Telefone para contato _____ - _____ ou _____ - _____

LISTA DOS MORADORES DO DOMICÍLIO

No. ordem	Nome completo	Idade	Sexo
01	<i>(chefe)</i>		
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Antes de continuar o preenchimento do questionário, leia o nome de todos os moradores. Verifique se não foi esquecida nenhuma criança, ou alguém que está temporariamente ausente por motivo de viagem, estudo, trabalho, internação hospitalar ou outra razão. Se ocorreu qualquer omissão, complete a lista.

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Nome do entrevistador: _____

Código: __ __

Data da entrevista: __ __ / __ __

Hora inicial: __ __ : __ __

No. PSF: __ __

No. da família: __ __

Número do questionário: __ __ __ __ 0 0

NÚMERO DE MORADORES

☞ Total de pessoas que moram neste domicílio: __ __

NMORA __ __

☞ Total de residentes do sexo feminino: __ __

Nmofem __ __

☞ Total de residentes do sexo masculino: __ __

nmomasc __ __

RESPONDENTE E CHEFE DA FAMÍLIA

☞ Nome da pessoa que está respondendo o questionário:

☞ Número de ordem do respondente na lista de moradores: __ __

Nordresp __ __

☞ Sexo do chefe da família:

1 () masculino

2 () feminino

sexoch __

☞ Idade do chefe da família:

__ __ __ anos (999 = IGN)

idadech __ __ __

Qual a escolaridade do chefe da família?

1 () nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto)

2 () 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto

3 () 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto

4 () 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto

5 () nível superior completo 9 () IGN

ABeduCH __

PSF - CADASTRO E VISITAS DOMICILIARES

Este domicílio está cadastrado no posto do Programa de Saúde da Família, o PSF?

0 () não → 0

1 () sim 9 () IGN

cadpsf __

Vocês já foram visitados alguma vez pelo agente de saúde do PSF, além da visita para cadastro?

0 () não → 0

1 () sim 9 () IGN

acsvis __

Quando foi a última vez que o agente de saúde visitou o domicílio?

1 () Há menos de 1 semana

2 () Há mais de 1 semana, mas menos de 1 mês

3 () Há mais de 1 mês, mas menos de 6 meses

4 () Há mais de 6 meses

9 () IGN

acsqdo __

<p>Que importância =☺= acha que tem a visita do agente de saúde? <input type="checkbox"/> 1 () muito importante 2 () mais ou menos 3 () sem importância</p> <p>Vocês já foram visitados alguma vez por um enfermeiro ou enfermeira do PSF? 0 () não → 0 1 () sim 9 () IGN</p> <p>Quando foi a última vez que ele (ou ela) visitou o domicílio? 1 () Há menos de 1 semana 2 () Há mais de 1 semana, mas menos de 1 mês 3 () Há mais de 1 mês, mas menos de 6 meses 4 () Há mais de 6 meses 9 () IGN</p> <p>Que importância =☺= acha que tem a enfermeira na equipe do posto? <input type="checkbox"/> 1 () muito importante 2 () mais ou menos 3 () sem importância</p> <p>Vocês já foram visitados alguma vez pelo médico do PSF? 0 () não → 0 1 () sim 9 () IGN</p> <p>Quando foi a última vez que o médico visitou o domicílio? 1 () Há menos de 1 semana 2 () Há mais de 1 semana, mas menos de 1 mês 3 () Há mais de 1 mês, mas menos de 6 meses 4 () Há mais de 6 meses 9 () IGN</p> <p>Que importância =☺= acha que tem o médico na equipe do posto? <input type="checkbox"/> 1 () muito importante 2 () mais ou menos 3 () sem importância</p>	<p>74</p> <p>acsimp __</p> <p>enfvis __</p> <p>enfqdo __</p> <p>acsimp __</p> <p>medvis __</p> <p>medqdo __</p> <p>acsimp __</p>
<p>INFRA-ESTRUTURA DO DOMICÍLIO</p>	
<p>☞ Tipo de domicílio: 1 () casa 2 () apartamento 3 () cômodo 9 () não sei</p> <p>Quantos cômodos existem nessa casa? __ __ cômodos (99 = IGN)</p> <p>Quantos cômodos as pessoas que moram usam para dormir? __ __ cômodos (99 = IGN)</p> <p>Essa casa é própria, alugada, ou? 1 () própria – já paga 2 () própria – ainda pagando 3 () alugada 4 () cedida, comodato 5 () invadida, usucapião 6 () outra condição 9 () IGN</p> <p>De onde vem a água dessa casa? 1 () rede geral 2 () poço ou nascente (na propriedade) 3 () outra 9 () IGN</p> <p>A água utilizada nessa casa é canalizada? 1 () canalizada em pelo menos um cômodo 2 () canalizada só na propriedade ou terreno 3 () não canalizada 9 () IGN</p> <p>Quantos banheiros existem nessa casa? (Considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). __ __ (00 = não tem → 0)</p> <p>☞ A água usada do banheiro sai para onde? 1 () rede de esgoto 2 () direto em rede pluvial, rio, etc. 3 () fossa 4 () ... 5 () ... 9 () IGN</p>	<p>TIPOCASA __</p> <p>COMODO __</p> <p>COMDOR __</p> <p>CONDCASA __</p> <p>AGUAFON __</p> <p>AGUACAN __</p> <p>NBANHO __</p>

Agora eu vou fazer perguntas sobre coisas que vocês têm em casa. Esta informação é importante para que a gente possa comparar depois o uso dos serviços de saúde e a satisfação com eles, entre as famílias mais ricas e as mais pobres.		
BENS DOMÉSTICOS		
NESTE DOMICÍLIO VOCÊS TÊM:		
Aspirador de pó?	0 () não 1 () sim	ABASPIRA __
Máquina de lavar roupa? (<i>não considerar o tanquinho</i>)	0 () não 1 () sim	ABLAVA __
Videocassete?	0 () não 1 () sim	ABVIDEO __
Geladeira?	0 () não 1 () sim	ABGELA __
Freezer ou geladeira duplex?	0 () não 1 () sim	ABFREEZ __
Forno de microondas?	0 () não 1 () sim	SEMICRO __
Microcomputador?	0 () não 1 () sim	seCOMPUT __
Telefone fixo (convencional)?	0 () não 1 () sim	setel __
NESTE DOMICÍLIO VOCÊS TÊM, E SE TÊM, QUANTOS?		
Rádio	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou + () 9 () IGN	ABRADIO __
Televisão preto e branco	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou + () 9 () IGN	seTVPB __
Televisão colorida	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou + () 9 () IGN	ABTVCor __
Automóvel (de uso particular)	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou + () 9 () IGN	ABCARRO __
Aparelho de ar condicionado	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou + () 9 () IGN	searCOND __
<i>Se houver ar condicionado central marque o número de cômodos servidos.</i>		
Na casa trabalha empregado doméstico por mês?		
0 () não	1 () uma 2 () duas ou mais	ABEMPre __

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Nome do entrevistador: _____ Código: ___ __

Data da entrevista: ___ __ / ___ __ Hora inicial: ___ __ : ___ __

Número do PSF: ___ __

Número da família: ___ __ **Número do questionário:** ___ __ ___ __ ___ __

Número da pessoa: ___ __

DADOS GERAIS

☞ Entrevista referente a:

☞ Número de ordem na lista de moradores: ___ __

nordem ___ __

Possui telefone celular ou outro telefone para contato?

_____ - _____ ou _____ - _____

Quem responde o questionário é:

1 () o próprio 2 () pai, mãe 3 () irmão, irmã 4 () outro

respond ___

Relação com o chefe da família (*chefe de acordo com a lista de moradores*):

1 () é o chefe 2 () cônjuge, companheiro(a) 3 () filho(a)
4 () pai, mãe, sogro(a) 5 () irmão, irmã 6 () outro

relach ___

☞ Sexo:

1 () masculino 2 () feminino

SEXO ___

Qual a sua data de nascimento?

dia ___ __ mês ___ __ ano ___ __ ___ __ *se souber, →0*
(*se não souber, completar com 99 9999*)

nascd ___ __

nascm ___ __

nasca ___ __ ___ __

Qual a sua idade? (*Completar anos se mais de 1 ano ou meses se menos de 1 ano*)

___ __ anos OU ___ __ meses

(*Completar com 8's o campo que não se aplica ou com 9's se não souber*)

idano ___ __ ___ __


idmes ___ __

Como ☺ se classifica em relação a cor ou raça?

1 () branca 2 () preta 3 () parda (mulato)
4 () amarela 5 () indígena 9 () IGN

RACA ___

Que tipo de exercício? (marque até 3 que sejam feitos regularmente)		
11 () caminhada	12 () corrida	13 () ciclismo
14 () natação	15 () hidroginástica	16 () alongamento
17 () dança	18 () aeróbica	19 () musculação
20 () luta (judô, caratê)	21 () esporte de campo	22 () esporte de quadra
23 () outro _____		
Normalmente, quantas vezes na semana?		
__ vezes		
Quanto dura cada sessão de exercício?		
1 () < 30 minutos	2 () 30 a 59 minutos	
3 () 60 a 119 minutos	4 () 120+ minutos	
Quantas horas =☺= fica sentado ou deitado (não dormindo) por dia em um dia de semana normal (2ª a 6ª)?		
__ __ horas		
		eftip1 __ __
		eftip2 __ __
		eftip3 __ __
		efreq __
		efDUR __
		efsenta __ __

RENDIMENTOS		
=☺= trabalhou nos últimos 30 dias? 0 () não 1 () sim		trabsn ___
Qual é a ocupação que =☺= exerce no trabalho ou a última ocupação que exerceu? _____		ocup _____
Qual é ou era a profissão, ocupação do seu pai (ou responsável masculino)? _____		ocupai _____
Qual é ou era a profissão, ocupação da sua mãe (ou responsável feminino)? _____		ocumae _____
=☺= ganhou algum dinheiro no mês passado, de qualquer fonte? 0 () não →0 1 () sim		rendsn ___
CONSIDERANDO O MÊS PASSADO, QUANTO =☺= RECEBEU (BRUTO)?		
No trabalho principal? R\$ _____, 00		RENDTRP _____
Nos demais trabalhos? R\$ _____, 00		RENDTRO _____
De aposentadoria ou pensão? R\$ _____, 00		RENDAPO _____
De aluguel? R\$ _____, 00		RENDALU _____
De pensão alimentícia, mesada, doação recebida de não-morador? R\$ _____, 00		RENDPEN _____
De renda mínima, bolsa-escola, seguro desemprego, etc? R\$ _____, 00		RENDSEG _____
De outras fontes? R\$ _____, 00		RENDOUT _____
PLANO DE SAÚDE E GASTOS		
 =☺= tem plano de saúde? 0 () não →0 1 () sim, titular 2 () sim, dependente 9 () IGN		plano ___
O plano de saúde é de instituição de assistência de servidor público (federal, estadual ou municipal)? 0 () não 1 () sim 9 () IGN		planpub ___
O plano de saúde cobre consultas médicas? 0 () não 1 () sim 9 () IGN		plancon ___
O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)? 0 () não 1 () sim 9 () IGN		planexa ___

<p>Onde =☺= procurou atendimento em primeiro lugar?</p> <p>11 () PSF do seu bairro →0</p> <p>12 () outro posto, centro de saúde, PSF</p> <p>13 () clínica, ambulatório de empresa, sindicato, igreja</p> <p>14 () ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos)</p> <p>15 () ambulatório ou consultório de hospitais particulares</p> <p>16 () clínica, consultório médico particular ou convênio</p> <p>17 () clínica, consultório odontológico particular ou convênio</p> <p>18 () consultório de outro profissional de saúde (psicólogo, fonoaudiólogo, etc.)</p> <p>19 () pronto-socorro ou emergência</p> <p>20 () hospital para internação</p> <p>21 () laboratório, clínica, hospital para exames complementares</p> <p>22 () farmácia</p> <p>23 () outro _____</p>	<p>SERVonde ___</p>
<p>Porque =☺= não procurou atendimento em primeiro lugar no PSF do seu bairro?</p> <p>1 () já tratava com outro médico e não quer trocar</p> <p>2 () estava fechado no horário que precisou</p> <p>3 () não tem profissional ou atendimento da especialidade que necessitava</p> <p>4 () acha que o serviço procurado é de melhor qualidade</p> <p>5 () demora muito para ser atendido</p> <p>6 () é mais fácil, mais prático, em outro local</p> <p>7 () outro _____</p> <p>=☺= foi atendido quando buscou atendimento?</p> <p>0 () não →0 1 () sim</p> <p>Foi receitado algum remédio neste atendimento?</p> <p>0 () não 1 () sim 9 () IGN</p> <p>Como =☺= avalia este atendimento? (<i>Ler as alternativas</i>)</p> <p>☞ 1 () muito bom 2 () bom 3 () regular 4 () ruim 5 () muito ruim</p> <p><i>Fim do módulo de utilização →0</i></p>	<p>SERVPSF ___</p> <p>SERVATEND ___</p> <p>SERVpres ___</p> <p>SERVAVAL ___</p>

<p>Porque ☹= não foi atendido no serviço?</p> <p>1 () não conseguiu vaga ou senha 2 () não tinha médico atendendo 3 () não tinha serviço ou profissional especializado 4 () o serviço ou equipamento não estava funcionando 5 () não podia pagar 6 () esperou muito e desistiu 7 () outro _____</p> <p><i>Fim do módulo de utilização →0</i></p>	<p>natendpq ___</p>
<p>Porque ☹= não procurou serviço de saúde?</p> <p>1 () não houve necessidade 2 () sentiu necessidade mas não foi por _____</p>	<p>nserv ___</p>
ESPECIFICAMENTE EM RELAÇÃO AO PSF DO BAIRRO	
<p>☞ Agora vamos perguntar algumas coisas sobre o posto do PSF desse bairro. Mas só vale sobre esse posto.</p>	
<p>Nos últimos 6 meses, ☹= procurou o posto do PSF do bairro para ☹= mesmo? Se sim, quantas vezes procurou? (<i>Cuidado com mãe respondendo para um filho</i>) ___ vezes (0 = não procurou →0; 8 = 8 ou mais vezes; 9 = IGN)</p>	<p>psf6m ___</p>
<p>Se ☹= procurou o PSF, indique até 3 motivos:</p>	
<p>11 () consulta de prevenção, rotina 12 () consulta de pré-natal 13 () parto 14 () vacinação 15 () acidente ou lesão 16 () problema odontológico 17 () atestado de saúde 18 () buscar medicamento, ou receita 19 () acompanhamento de doença crônica, reabilitação 20 () problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento) 21 () outro _____</p>	<p>psfMOT1 ___ ___ psfMOT2 ___ ___ psfMOT3 ___ ___</p>
<p>Porque ☹= decidiu ir ao PSF, e não a outro lugar? (<i>Não ler as alternativas</i>)</p>	
<p>0 () porque é só lá que consigo atendimento 1 () serviço mais próximo 2 () consulta sempre lá e está acostumado 3 () não precisa pagar 4 () atendimento é de boa qualidade 5 () ganha os remédios que precisa 6 () não tem condição de ir a outro lugar 7 () consegue atendimento logo 8 () outro _____</p>	<p>psfUSO ___</p>
<p>Como ☹= avalia o atendimento do PSF nestes atendimentos? (<i>Ler as alternativas</i>)</p>	
<p>☞ 1 () muito bom 2 () bom 3 () regular 4 () ruim 5 () muito ruim</p>	<p>psfAVAL ___</p>
<p>Nos últimos 6 meses ☹= teve solicitação de exame (laboratório, RX) do PSF?</p>	
<p>0 () não →0 1 () sim 9 () IGN</p>	<p>psfsolex ___</p>

<p>=☺= conseguiu realizar estes exames pelo SUS? 0 () não →0 1 () sim 9 () IGN</p> <p>Como foi para realizar os exames solicitados? (<i>Ler as alternativas</i>) ☞ 1 () muito fácil 2 () fácil 3 () mais ou menos 4 () difícil 5 () muito difícil</p> <p>Nos últimos 6 meses =☺= foi encaminhado para consulta com especialista pelo PSF? 0 () não →0 1 () sim 9 () IGN</p> <p>=☺= conseguiu realizar esta consulta com especialista? 0 () não →0 1 () sim 9 () IGN</p> <p>Como foi para conseguir esta consulta? (<i>Ler as alternativas</i>) ☞ 1 () muito fácil 2 () fácil 3 () mais ou menos 4 () difícil 5 () muito difícil</p>	<p>psfreaex ___</p> <p>psfavaex ___</p> <p>psfsolesp ___</p> <p>psfreaesp ___</p> <p>psfAVAesp ___</p>	
<p><i>Os blocos seguintes se aplicam apenas a pessoas de 20 anos ou mais. Se menor de 20 anos, passe agora para o questionário de medicamentos.</i></p>		
<p>SITUAÇÕES HIPOTÉTICAS EM RELAÇÃO À BUSCA DE SERVIÇO</p>		
<p>Codificação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posto (PSF) do seu bairro 2. outro posto, centro de saúde, PSF (que não o do bairro) 3. clínica, ambulatório de empresa, sindicato, igreja 4. ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos) 5. ambulatório ou consultório de hospitais particulares 6. clínica, consultório médico particular ou convênio 7. pronto-socorro ou emergência 8. farmácia 9. outro 		
<p>☞ Só para a gente entender melhor como =☺= escolhe os serviços de saúde, vamos imaginar diferentes situações em que aparece algum problema. Em cada uma delas, queremos que =☺= diga onde procuraria atendimento, dentro das possibilidades que =☺= tem hoje:</p> <p>Cansaço, falta de ar, fraqueza, muita tosse, não dá conta de fazer todas as atividades do dia a dia. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___</p> <p>Caiu de um banquinho sobre o braço. Está com muita dor, inchou bastante e mal consegue movimentar o braço. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___</p> <p>Tem que fazer tratamento e acompanhamento de pressão alta. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___</p>		<p>sitada ___</p> <p>sitadb ___</p> <p>sitadc ___</p>
<p>MULHER – Perguntas a serem aplicadas apenas a mulheres. Se homem →0.</p>		
<p>=☺=, ou uma filha, quer conselho do médico sobre como evitar a gravidez. Que serviço de saúde =☺= procuraria ou indicaria? Serviço código ___</p> <p>=☺=, ou uma filha, quer fazer a prevenção do câncer ginecológico. Que serviço de saúde =☺= procuraria ou indicaria? Serviço código ___</p>		<p>sitmua ___</p> <p>sitmub ___</p>

<p>=☺=, ou uma filha, quer fazer acompanhamento da gravidez (pré-natal). Que serviço de saúde =☺= procuraria ou indicaria? Serviço código __</p> <p>RESPONSÁVEL POR CRIANÇA – mãe ou responsável por criança de 0 a 10 anos. Se não for responsável por criança →0</p> <p>Precisa levar uma criança para vacinar. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código __</p> <p>Tem em casa uma criança de 5 anos de idade com dor de cabeça, vomitando, febre alta e chorando. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código __</p> <p>Tem em casa uma criança com febre e tosse. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código __</p> <p>A criança que você está cuidando caiu, cortou a testa e está sangrando bastante. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código __</p>	<p>sitmuc __</p> <p>sitcria __</p> <p>sitcrib __</p> <p>siteric __</p> <p>siterid __</p>
<p>OPINIÃO SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL</p>	
<p>☞ Algumas pessoas deram opiniões sobre o posto de saúde do PSF que elas usam. Eu vou ler algumas dessas opiniões e queria que =☺= dissesse se concorda ou se discorda. Se =☺= não entender bem, é só pedir para explicar melhor.</p>	
<p>“Os agentes de saúde são uma coisa muito boa deste posto.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“É melhor ter especialistas (pediatra, ginecologista) que atendem algumas horas do que um médico geral que atende o dia inteiro.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“Eu estou satisfeito com o atendimento do posto.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“O atendimento no pronto-socorro de um hospital é muito melhor do que o PSF, no caso de doença mais grave.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“O agente de saúde aproxima o posto das pessoas e as pessoas do posto.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“Se eu tivesse um plano de saúde, nunca mais ia ao posto do bairro.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“Eu consigo todo remédio que preciso no posto do bairro.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“O posto devia ficar aberto mais tempo, mais horas ou mesmo no fim de semana.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“Ter um posto do PSF no bairro me faz sentir melhor, mais importante.” 1 () concordo 2 () discordo</p> <p>“Não adianta ter um posto perto de casa porque eles não resolvem nada.” 1 () concordo 2 () discordo</p>	<p>opin1 __</p> <p>opin2 __</p> <p>opin3 __</p> <p>opin4 __</p> <p>opin5 __</p> <p>opin6 __</p> <p>opin7 __</p> <p>opin8 __</p> <p>opin9 __</p> <p>opin10 __</p>