**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

VANESSA GARCIA DE PAULA

**Utilização de serviços na atenção básica - a satisfação do
usuário na saúde da família**

**Ribeirão Preto
2011**

VANESSA GARCIA DE PAULA

**Utilização de serviços na atenção básica - a satisfação do
usuário na saúde da família**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-
Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas
de saúde

Orientador: Profa Dra Silvana Martins Mishima

**Ribeirão Preto
2011**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Paula, Vanessa Garcia

Utilização de serviços na atenção básica – a satisfação
do usuário na saúde da família.

83 p; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de
concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

1. Utilização. 2 Avaliação dos serviços de saúde. 3
Satisfação do usuário. 4 Programa saúde da família. 5
Atenção primária em saúde. 6 Serviços básicos de saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

PAULA, Vanessa Garcia de. Utilização de serviços na atenção básica - a satisfação do usuário na saúde da família. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde pública.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

"Podemos acreditar que tudo que a vida nos oferecerá no futuro é repetir o que fizemos ontem e hoje. Mas, se prestarmos atenção, vamos nos dar conta de que nenhum dia é igual a outro. Cada manhã traz uma benção escondida; uma benção que só serve para esse dia e que não se pode guardar nem desaproveitar.

Se não usamos este milagre hoje, ele vai se perder.

Este milagre está nos detalhes do cotidiano; é preciso viver cada minuto porque ali encontramos a saída de nossas confusões, a alegria de nossos bons momentos, a pista correta para a decisão que tomaremos.

Nunca podemos deixar que cada dia pareça igual ao anterior porque todos os dias são diferentes, porque estamos em constante processo de mudança."

Paulo Coelho

Dedicatória

Aos meus pais,

Antônio Gonçalves e Elizete Garcia (in memoriam)
Pelo amor, carinho e apoio em todas as minhas escolhas.

Ao meu amado

Marco Afonso
Pela calma, paciência, contribuição e compreensão nos momentos mais
difíceis desta caminhada.

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, por dar a razão ao meu existir.

Aos meus pais Antônio e Elizete (in memorian) que sempre me apoiaram em minhas escolhas e sempre fizeram de tudo para que eu conquistasse meus objetivos.

Agradeço pelo amor, carinho, educação e sustento.

Ao meu irmão Vitor, que sempre acreditou em mim e nas minhas escolhas.

À Silvana, minha orientadora, minha amiga, confidente, conselheira enfim minha outra mãe, com quem compartilhei muitos momentos da minha vida, que nem sempre foram fáceis. Agradeço a todo conhecimento que ela me permitiu desfrutar, todo crescimento que me proporcionou neste caminho que tive o privilégio de seguir próximo à ela. Agradeço também ao seu esposo Célio Lamartini pelas conversas, por agir em minha defesa nos momentos necessários e por compreender as minhas orientações nos dias mais impróprios.

Ao meu namorado Marco que sempre esteve ao meu lado, me apoiando , incentivando e participando de forma ativa nesse meu trabalho. Agradeço por toda a sua compreensão e paciência nos momentos mais difíceis no desenvolver deste trabalho.

À Família Fávaro, minha sogra Berenice por todo apoio, acolhimento e aconchego que me proporcionou no conforto do seu lar e da sua família, ao meu sogro Tony pelas brincadeiras e piadas para descontrair os meus momentos mais tensos. As minhas cunhadas Mônica e Paula, minhas verdadeiras irmãs, que me ajudaram nas horas de maior necessidade. Aos meus cunhados Valdir, Marcelo e Matheus, pessoas ilustres que sempre contribuíram para o meu crescimento pessoal. As minhas queridas sobrinhas e sobrinho Vitória, Aline, Amanda, Isabela, Ana Luisa e Rafael, pessoas sempre presentes em minha vida.

As minhas amigas Carol, Cristiane, Adriana, Nunila, Márcia, Lauren, Mariana, que estavam sempre na disputa comigo por um horário com a Silvana, mas que contribuíram de forma significativa para a realização deste trabalho, de um jeito ou de outro, sempre me oferecendo ajuda quando necessário.

A querida professora Cinira e a professora Ione pela contribuição em minha banca de qualificação.

As equipes dos Núcleos de Saúde da Família I, II, III, IV, V, Portal do Alto, Eugênio Mendes Lopes e Maria Casa Grande e aos funcionários do arquivo do CSE- FMRP, pelo acolhimento e atenção dispensada na realização da coleta de dados para finalização deste trabalho.

As pessoas que me ajudaram em minha coleta de dados: Nunila, Pollyana, Maria, Vanilde e seu esposo Jeferson, Marco, Gláucia, Nayara, Alan, Roberto, Bruna

À Seção de Apoio Institucional da EERP – USP, em especial a Miyeko Hayashida, que contribuiu para o processamento dos dados expostos nesse trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pela concessão da Bolsa de Mestrado, ao suporte financeiro da presente pesquisa por meio do projeto Fortalecimento da rede de atenção básica, possibilidades de intervenção em saúde e em enfermagem, e suporte financeiro processo nº 312389/2009-4

RESUMO

PAULA, V.G. Utilização dos serviços de saúde na atenção básica - a satisfação do usuário na saúde da família. Dissertação [mestrado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

A Saúde da Família, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reestruturação da atenção à saúde, vem sendo implementada em todo país desde 1994, buscando a mudança do modelo assistencial vigente, porém tem sido identificada a necessidade premente de ações voltadas ao monitoramento e avaliação dessa estratégia. Um dos métodos de avaliação cabíveis nessa situação é a avaliação da satisfação do usuário que é o beneficiado direto da ação de saúde. Assim, este estudo de caráter exploratório-descritivo de abordagem quantitativa tem como objetivo identificar e analisar a utilização de serviços de saúde do Distrito de Saúde Oeste no município de Ribeirão Preto-SP, especificamente: Unidades de Saúde da Família (USF) e o Setor de Pronto-Atendimento da Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) de referência distrital, com vistas à duplicação e ao uso simultâneo dos serviços de atenção básica na Estratégia Saúde da Família, como expressão da insatisfação dos usuários. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira de caráter mais extensivo tendo como fonte secundária as Fichas de Atendimento Médico (FAM) do Setor de Pronto-Atendimento da UDS para o mês de julho de 2010. A partir da análise dessas fichas segundo a distribuição territorial de residência dos usuários atendidos e a identificação de sua Unidade Básica de Saúde de referência, os dados da segunda etapa foram coletados. A segunda etapa constou da consulta, nas USF de referência, dos prontuários dos usuários que foram atendidos no Setor de Pronto Atendimento (PA) durante o mês de julho de 2010, identificando se o usuário havia recebido e o tipo do atendimento recebido (se médico ou de enfermagem) em sua USF de referência, o dia e horários deste, visando identificar a duplicação (utilização de mais de uma segunda vez do mesmo serviço para o mesmo problema de saúde) e o uso simultâneo da USF e da UBDS. A partir destes procedimentos se procedeu a análise do padrão de utilização dos serviços de saúde caracterizando a insatisfação do usuário quanto à atenção prestada. Para a análise dos dados coletados utilizou-se o programa SPSS, com o cálculo da frequência simples das variáveis selecionadas. Em um panorama geral observou-se um total de 13.226 atendimentos no mês de julho de 2010 no Setor de PA da UBDS de referência, sendo que 2.197 corresponderam aos atendimentos gerados por usuários oriundos das USF selecionadas para o estudo, sendo 75% desse total referentes a atendimentos médicos e apenas 25% de enfermagem. Dos 2.197 atendimentos demandados por 1.476 usuários, 51,7% foram realizados por mulheres, a faixa etária que apresentou maior percentual entre os usuários foi a de 20 a 30 anos, representando 17,8% do total de usuários, seguida por 15,2% de usuários com idade acima de 60 anos. Em relação ao horário de busca de atendimento em sua grande maioria 59,1% ocorreram no período de funcionamento das USF. Quando isolamos as USF observamos que a USF1 foi o serviço que demandou maior número de atendimentos (25,6%) ao setor de PA da UBDS de referência. Quanto ao uso simultâneo eles representaram 2,5% do total de atendimentos, realizados por 3,5% dos usuários, já para duplicação esse percentual sobre para 6,5% do total de atendimentos, realizados por 3,0% dos usuários. Estudos como este trazem outra perspectiva para avaliar a satisfação do usuário, traduzida na forma de como este pode utilizar o serviço sem precisar verbalizar a sua insatisfação ou satisfação com os serviços de saúde.

Descritores: Utilização. Avaliação dos serviços de saúde. Satisfação do usuário. Programa saúde da família, Atenção primária em saúde, Serviços básicos de saúde.

ABSTRACT

PAULA, V.G. Health service use in primary health care 0 user satisfaction in family health. Master's thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2011.

Family Health, the strategy the Brazilian Ministry of Health adopted to restructure health care, has been put in practice all over the country since 1994, aiming to change the current care model. The urgent need has been identified, however, to take action with a view to monitoring and assessing this strategy. One of the assessment methods proper in this situation is the assessment of user satisfaction, as users directly benefit from health actions. Thus, this exploratory and descriptive study with a quantitative approach aims to identify and analyze health service use in the Western Health District of Ribeirão Preto-SP, specifically: Family Health Units (USF) and the Emergency Sector of the Basic District Health Unit (UBDS), the referral unit in the district, with a view to the duplication and simultaneous use of primary care services in the Family Health Strategy, as an expression of users' dissatisfaction. Data were collected in two phases. The first was longer and used Medical Care Forms (FAM) from the UDS Emergency Sector for July 2010 as a secondary source. Based on the analysis of these forms according to the territorial distribution of the attended users' residence and the identification of their Primary Care Unit for referral, data were collected for the second phase. The second phase involved the consultation, at the referral USF, of the user files attended at the Emergency Sector in July 2010, identifying whether the user had received care and what type (medical or nursing) at his/her referral USF, the day and times, with a view to identifying duplication (use of the same service for the same health problem for more than two times) and the simultaneous use of USF and UBDS. Based on these procedures, the health service usage pattern was analyzed for data analysis, calculating simple frequencies for the selected variables. In a general picture, in total, 13,226 cases were attended in July 2010 at the Emergency Sector of the referral UBDS, 2,197 of which were users from the USF selected for the study, 75% of which referred to medical care and only 25% nursing care. Out of 1,476 users attended in 2,197 sessions, 51.7% involved women. The most frequent age range among the users was between 20 and 30 years, representing 17.8% of all years, followed by 15.2% of users older than 60 years. Regarding attendance time, the large majority, 59.1% occurred during USF opening hours. When isolating the USF, USF1 was the service that demanded the largest number of attendances (25.6%) from the Emergency Sector of the referral UBDS. As for simultaneous use, this represented 2.5% of all sessions, involving 3.5% of users, against 6.5% of all sessions for duplication, involving 3.0% of users. This kind of studies present another perspective for user satisfaction assessment, translated in the way users can use the service without the need to express their dissatisfaction or satisfaction with health services.

Descriptors: Utilization. Health service assessment. User satisfaction. Family health program. Primary health care. Basic health services.

RESUMEN

PAULA, V.G. Utilización de los servicios de salud en la atención básica – la satisfacción del usuario en la salud de la familia. Disertación [maestría] – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2011.

La Salud de la Familia, estrategia adoptada por el Ministerio de la Salud para reestructurar la atención a la salud, viene siendo implementada en todo el país desde el 1994, buscando cambiar el modelo asistencial vigente, pero fue identificada la necesidad urgente de acciones dirigidas al monitoreo y evaluación de esa estrategia. Uno de los métodos de evaluación oportunos en esa situación es la evaluación de la satisfacción del usuario, que es el beneficiado directo de la acción de salud. Así, la finalidad de este estudio exploratorio-descriptivo con aproximación cuantitativa es identificar y analizar la utilización de servicios de salud del Distrito de Salud Oeste en el municipio de Ribeirão Preto-SP, específicamente: Unidades de Salud de la Familia (USF) y el Sector de Emergencia de la Unidad Básica y Distrital de Salud (UBDS) de referencia distrital, con vistas a la duplicación y al uso simultáneo de los servicios de atención básica en la Estrategia Salud de la Familia, como expresión de insatisfacción de los usuarios. Los datos fueron recolectados en dos etapas, siendo la primera más extensiva, utilizando como fuente secundaria las Fichas de Atención Médica (FAM) del Sector de Emergencia de la UDS para julio del 2010. A partir del análisis de esas fichas según la distribución territorial de residencia de los usuarios atendidos y la identificación de su Unidad Básica de Salud de referencia, los datos de la segunda etapa fueron recolectados. La segunda etapa involucró la consulta, en las USF de referencia, de los archivos de los usuarios atendidos en el Sector de Emergencia durante julio del 2010, identificando si el usuario había recibido y el tipo de atención recibida (si médico o de enfermería) en su USF de referencia, en cual día y cuales horarios, con objeto de identificar la duplicación (utilización por más que una segunda vez del mismo servicio para el mismo problema de salud) y el uso simultáneo de la USF y de la UBDS. A partir de estos procedimientos fue analizado el patrón de utilización de los servicios de salud, caracterizando la insatisfacción del usuario con la atención prestada. Para el análisis de los datos recolectados fue utilizado el programa SPSS, con el cálculo de la frecuencia simple de las variables seleccionadas. En un panorama general, se observó un total de 13.226 atendimientos en julio del 2010 en el Sector de Emergencia de la UBDS de referencia, siendo que 2.197 correspondieron a los atendimientos generados por usuarios de las USF elegidas para la investigación, siendo el 75% de ese total referente a la atención médica y sólo el 25% de enfermería. De los 2.197 atendimientos demandados por 1.476 usuarios, el 51,7% involucró a mujeres, el rango de edad con mayor porcentaje entre los usuarios fue de los 20 a los 30 años, representando el 17,8% del total de usuarios, seguida por 15,2% de usuarios con edad superior a 60 años. Respecto al horario de búsqueda de atención, la gran mayoría (59,1%) ocurrió durante el período de funcionamiento de las USF. Cuando aislamos las USF, observamos que la USF1 fue el servicio que demandó mayor número de atendimientos (25,6%) al Sector de Emergencia de la UBDS de referencia. Con relación al uso simultáneo, representó el 2,5% del total de atendimientos, realizados por el 3,5% de los usuarios, mientras para la duplicación, ese porcentaje aumenta para el 6,5% del total de atendimientos, realizados por el 3,0% de los usuarios. Estudios como este traen otra perspectiva para evaluar la satisfacción del usuario, traducida en la forma como éste puede utilizar el servicio sin necesitar de verbalizar su insatisfacción o satisfacción con los servicios de salud.

Descriptores: Utilización. Evaluación de los servicios de salud. Satisfacción del usuario. Programa salud de la familia. Atención primaria en salud. Servicios básicos de salud.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS e ESF BRASIL para o período de 2001 a Agosto de 2011. Pág. 26

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF1, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.58

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF2, nos mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.59

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF3, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.60

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF4, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.61

Gráfico 6 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF5, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.62

Gráfico 7 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF6, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.62

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF7, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.63

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto á USF8, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág.64

Gráfico 10 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS e na sua USF de referência no mês de julho de 2010 por motivo/queixa diferentes. Ribeirão Preto, 2011 Pág.65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Situação de implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Brasil, agosto de 2011.

Pág.27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução Percentual da Cobertura Populacional da ESF e do Programa ACS, para o período de 2001 a Agosto de 2011.....Pág 26

Tabela 2. Distribuição dos atendimentos médicos de clínica médica e de pediatria realizados na Unidade Básica e Distrital de Saúde de Referência de janeiro de 2010 a dezembro de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág. 42

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS segundo atendimentos médicos e de enfermagem realizados e USF de origem, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág. 48

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS segundo sexo e USF de origem, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto – 2011 Pág.52

Tabela 5. Distribuição numérica dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS segundo faixa etária e USF de origem, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág. 53

Tabela 6 - Distribuição numérica percentual de atendimentos de enfermagem e médicos realizados aos usuários oriundos das USF1, USF2, USF3, USF4, USF5, USF6, USF7 e USF8 segundo horário e número de atendimentos realizados no setor de PA da UBDS, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pág. 55

Tabela 7 – Distribuição de frequência para a variável sexo para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011..... Pág.67

Tabela 8. Distribuição de frequência para a variável horário de atendimento para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011Pág.69

Tabela 9. Distribuição de frequência para a variável idade para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pag. 70

Tabela 10 - Distribuição de frequência para a variável USF para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011 Pag. 71

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CSE - Centro de Saúde Escola
EERP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FAM - Fichas de Atendimento Médico
FMRP- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC - Hospital das Clínicas
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NGA-59 - Ambulatório Regional de Especialidades
PA - Pronto Atendimento
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM II - Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
PSF - Programa Saúde da Família
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SF - Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBDS - Unidades Básicas e Distritais de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família
USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

I. INTRODUÇÃO.....	21
1.1. Histórico da Saúde da Família no Brasil.....	21
1.2. Olhando para os números da Saúde da Família no Brasil.....	25
1.3. O processo de avaliação de serviços de saúde.....	29
II. OBJETIVO.....	37
III. PERCURSO DA PESQUISA.....	38
3.1. Campo de estudo.....	39
3.2. Procedimentos éticos.....	40
3.3. A fonte de dados e o instrumento de coleta de dados.....	41
3.4. Análise dos dados.....	45
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1. O panorama geral identificado – traçando o perfil de utilização dos serviços de saúde com foco na saúde da família.....	47
4.2. Duplicação e Uso Simultâneo dos serviços de saúde na atenção básica	66
V. CONCLUSÕES.....	73
VI. REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE	82
ANEXO.....	83

APRESENTAÇÃO

Os processos de avaliação da satisfação dos usuários no campo da saúde pública são de fundamental importância como medida de qualidade da atenção prestada, mesmo considerando as críticas que lhe são imputados. Por meio desse tipo de estudo, busco dar voz ao elemento chave do trabalho em saúde e é através da sua fala, ou ainda, do seu comportamento como usuário dos serviços e do sistema de saúde que podemos ter pistas, indícios dos seus desejos e expectativas em relação à prestação do cuidado.

A satisfação do usuário é um componente de extrema importância na avaliação dos serviços de saúde e a forma como é expressa a opinião dos usuários nos proporciona repensar os acertos e os fracassos dos serviços de saúde. Adicionalmente, pode ser considerada uma ferramenta que nos permite investigar, administrar e planejar as ações de saúde para que no fim possamos ofertar ações de saúde mais adequadas e que atendam da melhor forma possível as demandas e as reais necessidades destes usuários.

A razão pela qual me leva estudar a satisfação do usuário na Saúde da Família se concentra no desejo de saber como o usuário mesmo não manifestando sua voz de maneira propriamente dita, pode dar indícios da sua satisfação ou insatisfação em relação aos serviços, apenas pela observação da maneira como o mesmo utiliza os serviços de saúde.

O interesse pelo tema vem desde o início de da minha graduação quando colaborei com estudo intitulado “Assistência à Saúde da Família – o caso do NSF”¹, fazendo uma primeira aproximação com esta temática de avaliação, já que o estudo tinha como objetivo analisar a satisfação do usuário quanto ao atendimento em uma Unidade de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP – Brasil.

Em seguida, já em meu segundo ano de graduação tive a oportunidade de atuar como bolsista de iniciação científica desenvolvendo o estudo intitulado “Duplicação dos serviços na Saúde da Família – expressão de insatisfação do usuário

¹ MISHIMA, S.M.; PEREIRA, F.H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; CAMPOS, A.C.; PAULA, V.G.; DOMINGOS, M.M.L.N. Assistance in family health from the perspective of users. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-443, June 2010.

Ribeirão Preto”² que tinha como objetivo avaliar a satisfação ou ainda a insatisfação do usuário em uma Unidade de Saúde da Família com vistas para duplicação e uso simultâneo de serviços de saúde.

A partir desse momento, no grupo de pesquisa³ em que me encontro vinculada, houve a percepção de como é escassa a produção científica no âmbito de duplicação e uso simultâneo dos serviços de saúde, tanto internacionalmente, e mais ainda se pensarmos na literatura nacional.

Em um dos poucos estudos existentes sobre duplicação de serviços, Ortega et al (2004) em seu trabalho denominado “A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes” traz que “pacientes insatisfeitos com a qualidade da atenção podem gerar padrões de utilização ineficientes, com múltiplos prestadores e diferentes tipos de articulação entre os mesmos” (p.338).

Considerando a escassa produção de investigações voltadas à análise da duplicação e uso simultâneo como indicador indireto da satisfação do usuário, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar a utilização de serviços de saúde, com vistas à duplicação e ao uso simultâneo dos serviços de atenção básica na estratégia de Saúde da Família, como expressão da insatisfação dos usuários.

Em um primeiro momento pensou-se em realizar um estudo que pudesse unir a questão quantitativa e qualitativa de forma complementar, porém devido ao limite do tempo somado à ausência no cenário brasileiro de estudos desta natureza, optou-se em um primeiro momento por uma abordagem mais extensiva da temática.

Assim, a presente investigação inicia-se com a retomada da criação da Saúde da Família no Brasil, apontando suas raízes históricas e seu desenvolvimento até os dias atuais. Posteriormente, apresento o processo de avaliação de serviços de saúde trazendo alguns conceitos que lhe dão o arcabouço teórico e discutindo a importância e a necessidade deste processo junto aos serviços de saúde na perspectiva do usuário com enfoque na utilização dos serviços de saúde.

No Capítulo II, são apresentados os objetivos desse estudo.

² MISHIMA, S.M.; PAULA, V.G.; PEREIRA, M.J.B.; ALMEIDA, M.CC.P; KAWATA, L.S. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. Rev.esc.enferm.USP, vol.44, n.3, p. 766-773, September 2010.

³ Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESCO da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O Capítulo III traz o percurso da pesquisa, onde é apresentada a abordagem utilizada na investigação, indicando o campo e local do estudo, os procedimentos adotados para a coleta dos dados assinalando as dificuldades encontradas, as questões éticas presentes, e finalmente o processo de análise dos dados. Por fim, no Capítulo 4 e Capítulo 5, sistematizo a análise e discussão dos resultados, seguidos pelas conclusões do estudo.

A expectativa que se segue, é que o estudo possa oferecer ao leitor elementos para que possa refletir sobre a qualidade da atenção prestada pela Atenção Básica e, mais especificamente, pela Saúde da Família, mesmo considerando o cenário específico de um município no interior do Estado de São Paulo. Esta reflexão, certamente considera o papel fundamental que o usuário desempenha neste processo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Histórico da Saúde da Família no Brasil

Com o reflexo do movimento de reforma sanitária, o Brasil a partir do final da década de 80, volta-se à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como caminho para a garantia da saúde como direito universal de seus cidadãos. Apoiado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade no controle da política de saúde, a implementação do SUS se deu a partir da década de 90. Esta construção ocorreu num contexto marcado pela presença das políticas de ajuste neoliberal no país, às quais se somou a enorme dívida social deixada pelas seguidas décadas de restrição democrática, dentre as quais se destaca a herança do modelo de atenção à saúde médico-assistencial-privatista, de cunho curativista e hospitalocêntrico (MENDES, 1993).

Numa perspectiva de ampliação da cobertura assistencial às populações carentes, em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Em 1994, sustentado na experiência do PACS, é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) no país. A proposta do Programa Saúde da Família (PSF), porém, não é nova, mas sim uma recuperação e recomposição de diversas iniciativas que buscavam reordenar o modelo assistencial a saúde e consolidar o SUS

Segundo Vasconcellos (1998, p. 159-160) a atuação do médico em espaço familiar não é uma proposta recente. Na década de 60, em Porto Alegre, por exemplo, foi criada pela Secretaria da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul um projeto denominado Murialdo que trazia em sua concepção a vocação comunitária em suas ações. O projeto dividiu a região em cinco áreas, com limites geográficos e em cada área foi instalada uma unidade de saúde com uma equipe mínima de saúde em atenção primária que estaria em contato direto com o usuário, sendo capaz de promover atenção à saúde voltada para essa população adscrita.

Desta forma, com o propósito de reordenar o modelo de saúde anterior e considerando os elementos trazidos pelo PACS (foco na família e não no indivíduo,

organização da demanda a partir de ações de promoção, visão ampliada de saúde e integração efetiva com a comunidade) nasce, em 1994, o PSF, apresentado como a estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial, que rompe com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estende suas ações para junto das comunidades (BRASIL, 2002).

Cabe ressaltar que neste momento, inúmeras dificuldades se faziam presentes, devendo-se considerar que: os recursos humanos existentes não atendiam às necessidades desta nova estratégia e não havia política de financiamento adequada, os repasses financeiros eram calculados de acordo com a quantidade de procedimentos ambulatoriais de baixa e média complexidade realizados nos municípios, o que provocou uma falta de estímulo dos gestores em implantarem Equipes de Saúde da Família em seus municípios e dar mais ênfase à prevenção e promoção da saúde (SANTANA, 2003).

O incentivo para a consolidação do PSF ocorreu após a publicação da Norma Operacional Básica de 1996 (SANTANA, 2003) que instituiu o Piso da Atenção Básica, criando estratégias para o fortalecimento da atenção básica, definindo as responsabilidades dos gestores municipais e estabelecendo o PSF como estratégia prioritária para a mudança do modelo assistencial no país.

Assim, em movimentos de avanço e retrocesso no final da década de 90, o PSF deixa de ser um programa especial e passa a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde. Há com isto a ampliação das possibilidades da SF se constituir em uma abordagem de atenção primária à saúde para além da concepção de atenção primária seletiva, e construir-se a perspectiva de colocar a Saúde da Família como uma política pública para a reestruturação da atenção básica (VASCONCELLOS, 1998; MISHIMA, 2003).

Em março de 1996 (gestão Adib Jatene), por meio de documento preliminar, sobre o PSF, aparece certo cuidado com a imagem pública do programa: 'não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF.' (VASCONCELLOS, 1998, p.156)

Desta forma, o ano de 1998 parece ter se constituído um marco no processo de consolidação da SF, ao Ministério da Saúde colocá-la como estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde (MISHIMA, 2003).

Sendo assim, neste momento, já se colocava a perspectiva do PSF se constituir em uma estratégia de política de universalização, visando à ampliação da cobertura assistencial da atenção básica, tornando-se um espaço de reorganização do processo de trabalho, na medida em que a maior parte dos problemas de saúde da população poderia ser resolvido neste nível de assistência, apenas os casos de maior gravidade deveriam ser referenciados para os níveis de maior complexidade (TEIXEIRA, 2006).

Goldbaum et al (2005) afirmam que a proposta da SF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazendo busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, dando ênfase à prevenção e à educação em saúde, não deixando de realizar ações de manutenção e recuperação. Com base nessa compreensão, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca a reversão do modelo assistencial ainda vigente. E isso somente é possível por meio de mudanças no objeto de atenção, na forma de atuação e na organização geral dos serviços, instituindo a prática assistencial em novas bases e critérios, fazendo com que a família, objeto principal da atenção seja entendida a partir do ambiente onde vive. Este aspecto merece atenção, pois é em cada ambiente familiar particular que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria de condições de vida, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BORGES; OLIVEIRA, 2008).

Sendo assim a Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo Lecovitz e Garrido 1996 citado por Rosa e Labate (2005, p.1030), pode ser definida como “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados”.

A SF ao contemplar a indissociabilidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000) pode contribuir para a melhora dos indicadores sociais da população assistida, permitindo a racionalização do uso dos serviços de média e alta complexidade do SUS, solucionando em até 85% os problemas das famílias com redução de custos. Diante disso a ESF deve ser considerada a porta de

entrada do sistema local de saúde, mas para que essa mudança ocorra há necessidade de integração entre os vários níveis de atenção (MENDES, 1996).

A responsabilidade de cuidar da saúde das famílias de forma universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva, faz da ESF o caminho para "completar" a Reforma Sanitária, no que tange ao desenho e à operacionalização de um novo modelo de atenção à saúde (CORTEZ; TOCANTINS, 2006). Cabe à SF, partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem suas ações de assistenciais centralizadas nos saberes médicos, reconhecer a necessidade de mudança do modelo assistencial a partir da reorganização do processo de trabalho, sendo que esta estratégia propõe uma nova forma de operar o trabalho em saúde com formação de equipes multiprofissionais (FRANCO; MERHY, 2003).

Segundo Peduzzi (1998), o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

A equipe mínima de profissionais necessária para a SF é composta de: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, podendo ainda contar com outros profissionais, como psicólogos, dentistas e nutricionistas (BRASIL, 2001).

Além de uma nova concepção de trabalho a ESF permite uma nova forma de vínculo entre os membros desta equipe, diferente daquele do modelo biomédico tradicional, o que pode proporcionar maior diversidade de ações, relação de trabalho baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade e comunicação mais horizontalizada entre os componentes da equipe.

As concepções do ESF estão em conformidade com o conceito de saúde e com o formato da política presente na Constituição. Segundo o MS o principal objetivo desta Estratégia é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, orientado para a cura da doença e para o atendimento hospitalar para um modelo que tem a família como foco privilegiado de atuação, enfatizando a articulação da equipe de saúde com a comunidade. Desde 1994, quando foi criada a ESF esta vem a cada ano

ampliando sua rede nacional de atendimento, com aumento no número das equipes de saúde e seu percentual de cobertura à população.

1.2. Olhando para os números da Saúde da Família no Brasil

No ano de sua criação ainda denominada como programa, a SF foi implantada inicialmente em grande parte do Nordeste brasileiro, nesta época somente 12 estados aderiram a essa iniciativa (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina) e 12 municípios foram considerados pioneiros: Bragança/PA, Campina Grande/PB, Neópolis/SE, Quixadá/CE, Goiânia e Planaltina de Goiás/GO, Juiz de Fora e Além Paraíba/MG, Niterói/RJ, Curitiba/PR, Joinville e Criciúma/SC (SOUSA; HAMANN, 2009).

A decisão política e determinação técnica desses municípios fizeram com que, ao final de 1994, a ESF estivesse presente em 55 cidades brasileiras com 328 equipes atuando. Pode-se dizer que o marco da expansão da SF ocorreu no ano de 1998, como resultado da mudança do financiamento com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), em 1997. Posteriormente, foi reforçada pela renovação dos gestores locais de saúde em 2001 e o início das negociações em torno do Pacto da Atenção Básica. Ao final daquele ano, o PSF encontrava-se implantado em 1.134 municípios (SOUSA; HAMANN, 2009).

Segundo o MS, no ano de 2003, foram implantadas 19 mil ESF, num total de 4,4 mil municípios brasileiros, com uma cobertura populacional de 35,7% da população brasileira, já no ano de 2007 esse número subiu para 27.324 mil equipes, com uma cobertura populacional de 46,6% e com um total de 5.125 municípios já contando com a ESF implantada. Já para o ano de 2009, foram implantadas 30.328 ESF, num total de 5.251 municípios brasileiros, com uma cobertura populacional de 50,7% da população brasileira o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas.

Embora os dados do IBGE confirmem o crescimento contínuo da cobertura da estratégia de SF, os números ainda são muito desiguais no país. A região mais atendida é o Nordeste, com 67,7 % dos habitantes cadastrados, enquanto que a menor cobertura está no Sudeste - 35,9%.

Ainda segundo a pesquisa do IBGE realizada em 2008, a estratégia de SF teve grande impacto entre os mais pobres: 54% do total de domicílios com rendimento mensal per capita de até dois salários mínimos eram atendidos, enquanto apenas 16,3% dos lares de cinco salários mínimos per capita ou mais integravam a SF (IBGE, 2008).

O Gráfico 1 apresenta a evolução da implantação das equipes da ESF no Brasil para o período de 2001 a agosto de 2011⁴, podendo ser observado um crescimento gradual na cobertura populacional da ESF.

Gráfico 1 - Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS e ESF BRASIL para o período de 2001 a Agosto de 2011. 2011

Na Tabela 1, são apresentados os percentuais de cobertura para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde para o país, relativas ao período de 2001 a 2011.

Tabela 1 - Evolução Percentual da Cobertura Populacional da ESF e do Programa ACS, para o período de 2001 a Agosto de 2011.

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Equipes											
ACS	46,6	52,6	54,1	55,5	58,4	59,1	56,8	60,4	60,9	62,6	63,7
ESF	25,4	31,9	35,7	39	44,4	46,2	46,6	49,5	50,7	52,2	53,1

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica e SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

⁴ Dados obtidos junto ao SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica e SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros> acesso em 9 de novembro de 2011.

Na Figura 1 é possível observar a distribuição no Brasil para agosto de 2011, das ESF, Equipes de PACS e equipes de Saúde Bucal. Os dados do MS indicam que para agosto de 2011 a ESF encontrava-se presente em 5.284 municípios, com uma cobertura de 53,1% da população brasileira para ESF e 63,7% para a EACS⁵.

Figura 1. Situação de implantação de Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Brasil, agosto de 2011. 2011

Apesar de a ESF ter avançado em termos de adscrição da clientela, responsabilização, vínculo com a equipe, humanização das relações usuários/sistema de saúde (MEHRY *et al.*, 2004) algumas questões ainda necessitam ser repensadas para que esta estratégia consiga efetivamente mudar o modelo assistencial na busca do atendimento das reais necessidades da população. Merhy *et al.* (2004) citam algumas situações que reduzem a potência da ESF na sua capacidade de produzir mudanças no modelo assistencial hegemônico, sendo que destacam: a concepção de um formato único para todo o país e equipes que minimiza as diferenças locais; o desconhecimento da necessidade de atendimento à demanda espontânea; a distorção no sentido das visitas domiciliares que acabam reduzidas às ações rotineiras dos agentes comunitários de saúde e ocasional dos demais profissionais; alta rotatividade dos profissionais e instabilidade nas equipes.

⁵ <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros> acesso em 09 de novembro de 2011.

Teixeira (2006) comenta que em municípios com mais de 100.000 habitantes, a ESF passa a competir com o modelo médico assistencial privatista, enfrentando resistência à sua implantação, inclusive por parte dos profissionais de saúde e da população usuária acostumada a consumir serviços especializados, tornando-se necessário a criação de novas estratégias para a implantação da SF neste conjunto de municípios.

Embora estejam presentes críticas, em sua potência para tal intento, sem dúvida, a ESF pode ser tomada como uma estratégia extremamente importante para a reorganização da atenção básica no país, cumprindo assim os preceitos do SUS (FRANCO; MERHY, 1999; MERHY; FRANCO, 2002; MISHIMA, 2003).

Não podemos, contudo, negar os avanços importantes que foram alcançados na organização das práticas de saúde com a adoção da ESF como política de estado. Porém, há necessidade de adoção de medidas para superar muitos dos entraves ainda existentes nesta estratégia para que ela de fato contribua para mudança do modelo de atenção no sentido de superar concepções e práticas voltadas para o mercado e respondam efetivamente às necessidades de saúde da população, contribuindo para melhoria das condições de vida em nosso país.

Neste sentido, no processo de (re)organização dos serviços de saúde, há necessidade de se estabelecer instrumentos de trabalho adequados ao contexto do processo de trabalho na SF, de acordo com suas premissas gerais, levando-se em conta não apenas a assistência individual, mas incluindo as ações de promoção e manutenção da saúde, com o desenvolvimento destas ações em diferentes cenários assistenciais: unidades de saúde, domicílio, equipamentos sociais, comunidade (BRASIL, 1998).

Ainda, se faz fundamental o desenvolvimento de ações que visem a organização do processo de trabalho e que impliquem no monitoramento das ações e na avaliação da assistência prestada (GIOVANELLA *et al*., 2003).

Desta forma, enquanto uma estratégia para a transformação do processo de trabalho em saúde e mudança do modelo de atenção, as ações propostas pela Saúde da Família, em seu conjunto, necessitam ser acompanhadas se fazendo imprescindível saber se os objetivos estão sendo alcançados, assinalando seus aspectos positivos e negativos, para que haja uma constante transformação e aprimoramento.

“Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do Sistema de Saúde é considerável e a **avaliação** parece ser a melhor solução.” (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

1.3. O processo de avaliação de serviços de saúde

O termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, atribuir valor, manifestar-se em relação a algo sem compromisso. No entanto quando se trata de avaliar serviços e programa recorre-se à utilização de procedimentos apoiados em métodos científicos que servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Para Contandriopoulos *et al* (1997, p.31) avaliação é definida como: “[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” e pesquisa avaliativa

[...] como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa [...] (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997, p.37)

Segundo Donabedian (1988), a avaliação qualitativa dos serviços comporta sempre duas dimensões: *desempenho técnico*, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; e *relacionamento com o paciente*. A avaliação qualitativa do cuidado à saúde, segundo o citado autor, pode ser realizada em seus três componentes: estrutura, processo e resultado. A *estrutura* refere-se às características dos recursos utilizados pelo serviço; o *processo*, aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos pacientes; e o *resultado*, ao estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde. A satisfação do paciente, o objetivo mais importante nos estudos de avaliação de qualidade, tem sido incluída, geralmente, na avaliação de resultados.

Nesta direção, podemos dizer que na avaliação de serviços de saúde é

considerada como processo de julgamento sobre as características dos serviços, deve-se contemplar a participação do conjunto dos atores envolvidos na prestação da atenção em saúde, merecendo

destaque a finalidade dos serviços, voltada em última instância ao atendimento dos problemas e necessidades dos usuários, e neste sentido, as análises dos usuários acerca dos serviços de saúde, devem ser reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas no contexto histórico e social de sua produção. Assim, compreende-se que a avaliação da satisfação/insatisfação dos usuários dos serviços de saúde é uma ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada de forma a se repensar as práticas profissionais, re-organizar o processo de trabalho desenvolvido, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto político estabelecido (MISHIMA *et al*, 2010).

Nesta mesma direção, segundo Kloetzel (1998, p.2), a avaliação da qualidade “deve basear-se tanto em critérios objetivos como subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais de saúde e os últimos dizendo respeito ao usuário”. Um dos métodos de avaliação cabíveis nesta situação é a avaliação da satisfação do usuário, que é o beneficiado direto da ação de saúde. Assim, é inegável a importância de consultar a comunidade, que vem sendo um participante, em grande parte passiva, de todas as modificações provocadas pela estratégia de Saúde da Família.

Mishima *et al* (2010b) apontam que no Brasil as pesquisas avaliativas começam a se desenvolver apenas a partir da década de 80 e ainda hoje se encontram muito diversificadas. A discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde no Brasil é complexa, e, em sua interface com a qualidade, “a avaliação da satisfação do usuário também é tarefa desafiadora, uma vez que a oferta de serviços não acontece de forma homogênea”, tendo em vista a grande diversidade presente no território brasileiro “determinando formas diferenciadas de adoecer e de ser saudável, e, portanto, de utilizar serviços de saúde, sendo que estes deveriam se organizar de forma a melhor responder às necessidades locais de sua população.” O que acontece na maioria das vezes é que o usuário, no receio de nem sequer receber tal atendimento, oculta sua opinião pessoal, resultando em satisfações distorcidas

No ano de 2003, em uma Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre Acessos e Utilização de Serviços de Saúde, indicou que “quase a totalidade (98%) dos brasileiros que procuraram atendimento afirmaram que foram atendidos. A avaliação da qualidade do atendimento também é positiva: 86% classificaram como bom ou muito bom e apenas 2,6% disseram ter sido ruim ou muito ruim” (TRAVASSOS; 2005, p.45). Segundo a Travassos (2005, p. 45) uma possível explicação para esta satisfação da população com o atendimento

prestado é o sentimento de gratidão de quem conseguiu ser atendido. “A dificuldade de obter atendimento pode ser tão grande que quando uma pessoa é atendida, a satisfação dela é maior do que a dificuldade que teve para ter acesso ao serviço.” Entretanto, mesmo considerando tais questões, é importante que o usuário participe, contribuindo para uma avaliação que poderá beneficiar a ele próprio, uma vez que estes se constituem parte fundamental do sistema de saúde e das propostas aí colocadas, sendo, portanto, para eles que a ação é direcionada e deve ser deles parte da responsabilidade da avaliação de tal ação.

Para Donabedian (1990), quando discute os pilares da qualidade, aponta que existem sete categorias para avaliar as práticas de saúde: *eficácia* – que é a competência com que se produz o cuidado para melhorar a saúde; *efetividade* – que considera a dimensão com que se alcança o resultado para melhorar a saúde; *eficiência* – que é o máximo de cuidado efetivo obtido por um menor custo monetário; *otimização* – é o melhor cuidado efetivo, que pode ser obtido da relação custo/benefício; *aceitabilidade* – é a adaptação dos cuidados às expectativas, desejos e valores do paciente e seus familiares; *legitimidade* – conformidade das preferências quanto a aceitabilidade e *equidade* – distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde.

Dentre esses conceitos, a *aceitabilidade* é que está diretamente relacionada com as expectativas e satisfações dos usuários. Esta categoria compreende a acessibilidade, a relação médico – paciente incluindo também a relação do usuário com a equipe de saúde, as dependências e instalações, as preferências do usuário em relação ao tratamento e tudo aquilo que ele julgar justo (GAIOSO, 2007).

Segundo Gaios (2007, p. 35–36) ao se tomar a aceitabilidade como elemento de avaliação da qualidade, a utilização de serviços de saúde estará sempre relacionada às necessidades e expectativas individuais ou coletivas, relacionadas a um problema de saúde ou a um conjunto de problemas. A partir da utilização desses serviços, o usuário poderá ou não ter suas necessidades e expectativas atendidas; e o nível de satisfação possibilitará uma interferência na qualidade do atendimento.

Neste sentido, a satisfação do usuário é considerada um indicador de qualidade, pois este focaliza distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente e com os profissionais de saúde até a qualidade das instalações, como traduzido no conceito de aceitabilidade. A utilização de indicadores

que podem (e devem) ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade, deve evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultado desejáveis de um sistema de saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Segundo Nogueira e Bittar (2001, p. 22), indicador pode ser definido como uma unidade de medida de uma determinada atividade, com a qual se relaciona ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como direcionador para monitorar e avaliar a qualidade de cuidados prestados ao usuário e as atividades dos serviços de suporte.

Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (NOGUEIRA; BITTAR, 2001).

Os de meio ambiente ou meio externo, de acordo com Nogueira e Bittar (2001), são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde. Os de estrutura são definidos por autores como Donabedian (1988) e são aqueles que avaliam o ambiente em que se desenvolve a assistência e os instrumentos utilizados, referindo-se, portanto, às características mais estáveis e invariantes de como se estabelece a direção da atenção à saúde, ou seja, a parte física de uma instituição, os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros. Os de processo avaliam a dinâmica de assistência ao paciente, ou seja, o que fazem os profissionais da saúde do ponto de vista técnico na condução da atenção e enquanto sua intenção com os pacientes. E por fim os de resultado que compreendem o resultado da atenção ofertada ao paciente, são as conseqüências da atenção (ou a falta dela) na saúde de quem a recebe (DONABEDIAN, 1988; MALIK; SCHIESARI, 1998).

Indicador é, portanto, uma espécie de sinalizador que busca expressar um aspecto da realidade sob a forma de algo que podemos mensurar ou qualificar, porém não são a própria realidade, baseiam-se na identificação de uma variável que consideramos capaz de expressar um fenômeno que nos interessa.

Voltando a questão dos indicadores de resultado, segundo Escrivão (2005) os indicadores de resultado referentes à dimensão “satisfação do usuário” deveriam, em tese, refletir as outras dimensões, ou seja, a satisfação poderia ser entendida como uma variável independente, determinada pelas dimensões acesso, efetividade do cuidado e custo.

O processo de avaliar a satisfação do usuário é complexo e deve acontecer por meio de ferramentas apropriadas para esse fim. O instrumento designado a medir/analisar essa satisfação precisa ser baseado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre a natureza dos serviços que recebe. Neste sentido, a satisfação do usuário pode ser entendida como a percepção que este tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde (SANTOS, 2007).

A satisfação do usuário segundo Rodriguez et al (2008, p.110) pode ser definida como a atenção de saúde recebida resultante em uma superação da expectativas esperadas pelo usuário em relação ao seu problema de saúde.

Em decorrência desses fatos é que se torna relevante enxergar a avaliação da satisfação do usuário como um fator da qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Caminal (2001, p. 276-277) a avaliação da satisfação do usuário é um ponto chave para melhora da qualidade dos serviços de saúde, a complexidade e a definição de satisfação como sendo algo subjetivo é o que explica a resistência de alguns autores em incluir este termo como critério para avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado. Porém, cabe lembrar que a análise da satisfação do usuário pode facilitar a compreensão sobre as dificuldades enfrentadas por profissionais, gestores e administradores do sistema no que diz respeito ao processo assistencial de saúde.

Por outro lado, pode-se considerar a existência de outros indicadores indiretos para a análise da satisfação do usuário. Um destes indicadores seria a análise da duplicação da utilização dos serviços como expressão da insatisfação dos usuários.

Ortega *et al.* (2004, p. 337) afirmam que a *utilização* se constitui em uma característica importante dos serviços de saúde, e que “na prática observam-se diversos padrões de utilização que constituem a expressão final do itinerário de busca de atenção médica vivenciado pelos pacientes ante um problema de saúde.”

A utilização dos serviços de saúde é o resultado de um processo no qual a necessidade do indivíduo e a sua decisão de buscar cuidado médico-hospitalar são atendidas. (Andersen, 1968, citado por RIBEIRO, 2005)

Ortega *et al.* (2004) ainda assinalam que se “observa na prática que os pacientes insatisfeitos com a qualidade da atenção podem gerar padrões de utilização ineficientes, com múltiplos prestadores e diferentes tipos de articulação entre os mesmos.” (ORTEGA *et al.*, 2004, p. 338) e que a insatisfação com a qualidade da atenção recebida, tem sua origem na forma como o usuário percebe a atenção que recebe.

Ortega *et al.* (2004, p.338) definem duplicação de serviços como a atenção ofertada mais “de uma segunda vez ao mesmo paciente por um serviço de saúde diferente daquele que vinha utilizando, dando continuidade à atenção com fins de diagnóstico, tratamento e/ou reabilitação de um mesmo episódio de enfermidade.”

Estes mesmos autores assinalam que é escassa a produção sobre a duplicação na utilização dos serviços na direção apontada e que “isso se deve ao grau de desconhecimento que temos sobre esse problema, assim como às características e situações vivenciadas pelos pacientes, pelos prestadores de serviço e pelos serviços relacionados.” (ORTEGA *et al.*, 2004, p.339)

No cotidiano dos serviços de atenção básica, verificam-se distintos padrões de utilização dos serviços de saúde: a procura por um serviço de saúde próximo a sua área de residência ou de trabalho para o atendimento a um problema apresentado do qual busca resolução (PEREIRA; MISHIMA, 2006; MISHIMA *et al.*, 2010a; MISHIMA *et al.*, 2010b); a busca direta do usuário aos serviços de Pronto Atendimento ou de Pronto Socorro que deveriam se voltar mais especificamente aos atendimentos de urgência e emergência, ou aos casos referenciados das unidades de saúde, face à complexidade dos problemas apresentados pelos usuários; a utilização simultânea de serviços de saúde na atenção básica e de Pronto Atendimento como uma forma de confirmar o diagnóstico ou a ação terapêutica proposta no serviço de saúde aonde o usuário recebeu o atendimento inicial; a utilização de vários serviços da rede de atenção (unidade básica, Pronto Atendimento, Pronto Socorro de um hospital) num mesmo dia ou numa mesma semana para o mesmo problema de saúde.

A literatura relaciona a intensidade e o modo de utilização de serviços com o nível de qualidade de vida, com o conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e sobre a rede de serviços. Sua capacidade de auto-avaliar seu estado de saúde, assim como suas expectativas e necessidades de atenção, suas práticas de auto-cuidado, a existência de redes alternativas e o relativo grau de autonomia que possuem e colaboram nesta determinação (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

A insatisfação do usuário se expressa pela forma que ele utiliza o serviço pode ser resultado de muitos fatores tais como ineficácia ao tratamento recebido anteriormente, ausência de informações compreensíveis por parte dos profissionais sobre seu estado de saúde, falta de interação entre os mesmos, todas estas complicações podem fazer com que o usuário utilize o serviços de diversas formas (MIRA; ARANAZ, 2000, p 26).

Estudo realizado por Paula e Mishima (2007) aponta a duplicação ou uso simultâneo na utilização de serviços de saúde, tomando uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Ribeirão Preto, em apenas 2,6% dos 14.245 atendimentos (médicos e de enfermagem) realizados no setor de Pronto Atendimento (PA) da Unidade Distrital de Saúde de referência. Este percentual, num primeiro momento, pode indicar que a USF consegue oferecer acesso e dar resolução às demandas apresentadas pelos usuários que a procuram, contudo, outros dados seriam necessários para atestar tal afirmação, inclusive a comparação com a demanda para o setor de PA de outras USF.

Porém, o estudo realizado por Mishima *et al* (2010a) mostra que destes 14.245 atendimentos 6,0% (856) corresponderam a atendimentos de usuários pertencentes a áreas de abrangência das USF selecionadas para o estudo, ressaltamos ainda que mais de 50% destes atendimentos foram realizados por profissionais médicos e que ocorreram em sua grande maioria no período de funcionamento das USF. Tal situação certamente implica em não atendimento ao princípio da integralidade da atenção, podendo gerar insatisfação nos usuários.

Estes dois últimos estudos são os únicos localizados na literatura nacional que trabalham com a questão da insatisfação do usuário na dimensão da utilização dos serviços de saúde, quer na dimensão da duplicação dos serviços, quer no padrão do uso simultâneo de serviços. Assim, a presente investigação apresenta

como hipótese que este padrão de utilização de serviços de saúde – duplicação e uso simultâneo, também se fazem presentes na rede de atenção em outras Unidades de Saúde da Família. Dada a escassez de estudos nesta direção, a presente investigação pode colaborar para a discussão e busca de alternativas junto aos serviços de saúde da Atenção Básica e, mais especificamente aqueles vinculados à Saúde da Família, que melhor atendam às necessidades, problemas e expectativas dos usuários em relação à utilização destes serviços de saúde.

Isto corrobora com a dimensão já identificada de que embora haja trabalhos que avaliem a satisfação do usuário ainda é escassa a produção de estudos que se voltem para análise de duplicação e uso simultâneo como indicador indireto da satisfação do usuário, sendo que não foi localizado na literatura brasileira nenhum estudo sobre esta temática. Desta forma, justificam-se estudos desta natureza, uma vez que podem indicar operacionalmente como o usuário estabelece com suas expectativas e com sua autonomia o padrão de utilização de serviços de saúde na atenção básica, expressando assim sua satisfação com a atenção prestada.

II. OBJETIVOS

Tendo em vista este quadro traçado, a presente investigação teve como objetivo identificar e analisar a utilização de serviços de saúde do Distrito de Saúde Oeste no município de Ribeirão Preto (Unidades de Saúde da Família e Pronto Atendimento da Unidade Distrital de Saúde - de referência distrital), com vistas à duplicação e ao uso simultâneo dos serviços de atenção básica na estratégia de Saúde da Família, como expressão da insatisfação dos usuários.

Seus objetivos específicos se voltam para:

- 1) identificar e analisar a ocorrência da duplicação na utilização dos serviços de saúde na estratégia de Saúde da Família – Unidades de Saúde da Família e Pronto Atendimento da Unidade Distrital de Saúde;
- 2) identificar e analisar a ocorrência do uso simultâneo na utilização de serviços de saúde na estratégia de Saúde da Família – Unidades de Saúde da Família e Pronto Atendimento da Unidade Distrital de Saúde.

III. PERCURSO DA PESQUISA

Trata-se de estudo de caráter exploratório-descritivo de abordagem quantitativa com delineamento transversal. Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, já os estudos descritivos pretendem descrever (e também analisar) os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1985).

Segundo Polit *et al* (2004) estudos descritivos tem como finalidade observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação, na qual o pesquisador muitas vezes está mais interessado na descrição dos relacionamentos entre as variáveis do que no estabelecimento de uma conexão causal. Os trabalhos de delineamento transversal como é o caso da presente investigação envolvem uma coleta de dados em um determinado ponto do tempo sendo extremamente apropriado para descrever a situação ou status de um fenômeno (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Os estudos de abordagem quantitativa buscam formular hipóteses prévias e métodos específicos de verificação, tentando controlar variáveis e eliminar fatores de confusão ou vieses na busca de explicação causal de fenômenos. Parte-se do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade do social e dos sujeitos sociais, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como um dado cultural (MINAYO, 2002).

A investigação quantitativa atua em níveis e realidade vem com o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, possui um porto forte a ser considerado que são os termos de validade externa, ou seja, os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade (SERAPIONI, 2000).

Uichimura e Bosi (2002) falam da necessidade dos estudos de avaliação de satisfação articulando as abordagens quanti e qualitativa, visando captar distintas dimensões presentes na questão da satisfação, um indicador de resultado da qualidade da atenção prestada. Quando associados os estudos qualitativos e quantitativos permitem compreender a extensividade e a intensividade dos processos sociais, uma vez que envolvem não apenas a quantificação da situação a ser investigada, mas também a observação de situações reais e cotidianas; trabalham com a construção não estruturada dos dados e buscam o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados.

Este aspecto é importante de ser assinalado, e ao mesmo tempo indica sem dúvida um limite da presente investigação; entretanto a opção pela abordagem mais extensiva neste momento justifica-se como já apontado pela ausência no cenário brasileiro de estudos que se voltem para a análise do padrão de utilização de serviços de saúde na dimensão da duplicação e do uso simultâneo de serviços de saúde na atenção básica, como possíveis indicadores indiretos da satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde.

3.1. Campo de Estudo

Ribeirão Preto encontra-se entre os maiores municípios do Estado de São Paulo e do Brasil, contando atualmente com uma população estimada de 614.759 habitantes para o ano de 2011 (SEADE, 2011⁶). É município sede da região, ocupa uma área total de 650,37km² e apresenta um grau de urbanização de 99,72%.

O município configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Conta com 16 Hospitais, dentre eles o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP-USP, centro de referência para toda região nordeste do estado e inúmeros serviços de saúde de apoio diagnóstico e de assistência à saúde de caráter privado.

O município se caracteriza por apresentar ampla rede pública de serviços de saúde. A rede municipal de saúde está estruturada com cinco regiões, contando em cada uma delas com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), soma-se a estas unidades um conjunto composto por vinte e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), dois Núcleos de Assistência Psicossocial, um Ambulatório Regional de Saúde Mental, e 22 equipes de Saúde da Família, distribuídas e, 13 unidades de saúde.

As UBDS estão estruturadas visando oferecer aos cidadãos do município, atendimento básico para sua área de abrangência, e se constituir em referência assistencial para especialidades e de pronto-atendimento em urgências e emergências, para toda a região distrital. Estas UBDS presentes no município de

⁶ <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php> acesso em 9 de novembro de 2011.

Ribeirão Preto estão localizadas nas regiões: Norte – Distrito do Simione, Sul – Distrito de Vila Virgínia, Leste – Distrito de Castelo Branco, Oeste – Distrito de Sumarezinho e Região Central – Distrito Central.

O cenário desta pesquisa foi o Distrito Oeste – Distrito Sumarezinho que conta com 11 Equipes de Saúde da Família, em 8 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que 5 USF são vinculadas à Universidade de São Paulo. Estas 5 USF apresentam uma característica peculiar em relação às demais existentes no município, uma vez que se localizam na área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (CSE/FMRP-USP), ou seja, da Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) sede da atenção especializada e de urgência e emergência 24 horas para o conjunto das unidades de saúde do Distrito Oeste.

Assim, o estudo foi realizado tomando como unidades de análise as 11 USF do Distrito Oeste, que têm como referência assistencial para o atendimento de sua clientela no que diz respeito aos atendimentos de urgência e emergência, assim como para as áreas de especialidade do CSE/FMRP-USP⁷.

3.2. Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda ressaltar o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas. O estudo foi submetido à avaliação do Centro de Atenção Primária da FMRP-USP, responsável pelas USF ligadas à USP e à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, responsável pelas demais USF da rede de atenção básica do município, e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, segundo o protocolo nº 399/201 CSE/FMRP-USP, tendo sido aprovado (ANEXO 1). A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do referido Comitê de Ética em Pesquisa.

⁷ A partir deste momento utilizaremos a referência ao CSE da FMRP-USP como UBDS ou UBDS de referência.

3.3. A fonte de dados e o instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas.

A **primeira etapa** foi de caráter mais extensivo e teve como fonte secundária as Fichas de Atendimento Médico (FAM) do Setor de Pronto Atendimento da Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS). As FAM são assim denominadas e referem-se à ficha de registro do Sistema Hygia, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em que constam dados não apenas de atendimentos médicos, mas de qualquer atendimento realizado no setor de Pronto-Atendimento da rede de atenção do município.

A Tabela 2 apresenta os dados dos atendimentos realizados para o ano de 2010, e que foram tomados por base para a definição do mês para coleta de dados da primeira etapa.

É possível observar que durante o ano de 2010 houve um total de 137.474 atendimentos médicos no setor de Pronto-Atendimento (PA). Se somados os atendimentos do plantão de clínica médica e pediatria realizados no setor de Pronto-Atendimento deste serviço tem-se uma média de 11.456 mil atendimentos ao mês.

Definiu-se inicialmente que a coleta se daria no mês com maior número de atendimentos pelo Setor de Pronto-Atendimento da UBDS de referência para as USF pesquisadas. Contudo, devido à ausência de dados mais sistematizados disponíveis pela SMS de Ribeirão Preto, e pela ocorrência de uma epidemia de dengue no município, optou-se pela coleta em um mês que não apresentasse outras situações atípicas como as já vivenciadas com a epidemia de dengue (grandes eventos, feriados prolongados, etc), sendo definido o mês de julho de 2010, como referência para a pesquisa.

No mês selecionado para a coleta de dados (julho de 2010) ocorreram 11.559 atendimentos, se somados os atendimentos de enfermagem este número atinge 13.226 atendimentos no referido mês.

Tabela 2. Distribuição dos atendimentos médicos de clínica médica e de pediatria realizados na Unidade Básica e Distrital de Saúde de referência de janeiro de 2010 a dezembro de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Ano	2010											
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
PLANTAO CL	8.387	7.485	9.021	9.328	8.894	7.977	8.659	8.119	8.113	8.012	8.235	8.735
PLANTAO PE	2.037	2.414	3.710	3.684	3.277	3.162	2.900	3.498	3.372	2.867	2.694	2.894
Total	10.424	9.899	12.731	13.012	12.171	11.139	11.559	11.617	11.485	10.879	10.929	11.629

Fonte: Setor de Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, junho de 2011

Nas FAM utilizadas no Setor PA da Unidade Distrital de Saúde (UBDS) são registrados todos os atendimentos individuais dos usuários da região do Distrito Oeste. A Unidade Básica e Distrital da Região Oeste corresponde à referência assistencial para as 17 unidades de saúde, cobrindo perto de 136.906 habitantes para ações de urgência e emergência, que buscam espontaneamente ou referenciados pelas unidades de saúde este Setor, no decorrer das 24 horas de funcionamento.

Constam da FAM, dados tais como: identificação do usuário (nome, idade, sexo, endereço de residência) e do atendimento (médico ou de enfermagem) realizado (dia e horário da procura, diagnóstico ou motivo da procura, ação terapêutica proposta, desfecho do atendimento – alta, encaminhamento para outro serviço de internação ou de apoio diagnóstico, óbito).

Por meio das FAM foram sistematizados os dados referentes à assistência prestada aos usuários durante o período de um mês, ou seja, o mês de Julho de 2010, por meio do preenchimento de planilha própria (APÊNDICE 1), constando dos seguintes dados: nome do usuário atendido, endereço da residência, horário de entrada para atendimento, motivo da procura ao Setor de PA, diagnóstico/queixa, ação terapêutica proposta, estado da saída do usuário do serviço (óbito, encaminhamento para internação, encaminhamento para serviço de apoio diagnóstico, encaminhamento para a unidade de origem).

Na coleta de dados da primeira etapa da pesquisa compreendendo o período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011, foi registrado um total de 13.226 FAM correspondente aos trinta e um dias do mês de julho de 2010. É importante ressaltar a dificuldade nesta etapa da coleta de dados, uma vez que todo o montante das FAM foi coletado manualmente de forma manuscrita, para depois ser lançado na planilha eletrônica, o que demandou um maior número pessoas⁸ para coleta, e um período maior de tempo para a realização da mesma. Ainda, o fato de a coleta ocorrer no interior do serviço de saúde também foi outro ponto de dificuldade, uma vez que se teve que seguir os horários e locais definidos pelo gestor deste serviço para o manuseio das FAM.

Assim, todos os dados coletados foram lançados em uma planilha Excel com as variáveis definidas como prioritárias para o estudo, sendo o foco deste primeiro

⁸ Alunos de graduação em enfermagem e de pós-graduação da EERP-USP foram treinados pela pesquisadora para a coleta de dados.

momento a identificação do endereço de cada usuário de forma a definir o território de residência de cada um destes usuários atendido no setor de PA da UBDS.

Assim, na análise da planilha foi possível identificar por meio do endereço, os usuários oriundos da área de abrangência das USF selecionadas para o estudo, num total de 1.476 usuários para as 8 USF da área de abrangência da UBDS de referência.

Estes dados dispararam a **segunda etapa** de coleta de dados da pesquisa, realizada na USF de origem do usuário atendido no setor de PA da UBDS. Nesta etapa foram revisados os prontuários dos usuários que foram atendidos no Setor de PA da UBDS, durante o mês de julho de 2010 e que tinham como unidade de referência uma das USF selecionadas, ou seja, uma das oito USF presentes no Distrito Oeste, e que correspondem a 11 equipes da ESF.

Nesta etapa da pesquisa também foram encontradas algumas dificuldades, sendo algumas delas: a determinação para o seguimento de horários e dias definidos pelos gerentes de algumas das unidades para a coleta de dados, a forma de armazenamento dos prontuários em cada uma das USF que seguem padrões diferenciados entre si, sendo que algumas unidades armazenavam os prontuários conforme número definido para a família e micro-área a que pertenciam, enquanto que em outras unidades, pelo número Hygia (padrão utilizado pela rede básica municipal, segundo o sistema informatizado aí presente).

As USF que realizavam o armazenamento dos prontuários segundo o número da família e micro-área demandaram maior tempo para a coleta, pois era necessário primeiro identificar o usuário por meio de seu endereço em um arquivo de endereços específico das unidades para em seguida obter a informação referente à família e à micro-área a qual pertencia e somente depois localizar o prontuário deste usuário.

Os dados do prontuário confrontados com os dados da primeira etapa de coleta de dados por meio das FAM constaram de uma planilha específica com os mesmos dados da anterior (APÊNDICE 1), permitindo identificar ao menos 4 situações:

1. Um usuário poderia ter utilizado o Setor de PA a partir de sua demanda específica ou referenciado por uma das USF para atendimento no setor no período de um mês;

2. Um mesmo usuário poderia ter recebido durante o período de 1 (um) mês, mais de um atendimento no Setor de PA para o mesmo problema apresentado ou para problemas distintos. Quando confrontados estes dados entre si podemos identificar a existência de dois ou mais atendimentos para o mesmo problema. Uma vez realizada a identificação destes usuários e ao se proceder a análise do prontuário destes usuários na USF de origem visando identificar dia do último atendimento, motivo da procura (demanda espontânea à USF ou demanda agendada para acompanhamento), ação terapêutica proposta para o problema apresentado, pode-se identificar se o usuário demandou mais que duas vezes para o mesmo problema às duas unidades de saúde – a USF e ao Setor de PA da UBDS.
3. Um mesmo usuário identificado como pertencente à área de abrangência da USF e que fez uso do setor de PA da UBDS, ao se proceder a confrontação com o prontuário na unidade de origem pode-se indicar o uso simultâneo dos dois serviços de saúde, ou seja, a busca por atendimento no mesmo mês na USF e no Setor de PA da UBDS para o mesmo problema de saúde.
4. Um mesmo usuário poderia ter apenas um ou mais atendimentos no PA e quando a informação confrontada com o prontuário em sua unidade de origem poderia não ter realizado nenhum atendimento em sua USF de origem.

3.4. Análise dos dados

Para a análise dos dados da **primeira etapa**, os dados secundários obtidos por meio das FAM no Setor de PA da UBDS foram lançados em uma planilha do software Excell e após processo de dupla digitação e validação, buscou-se identificar a localização de residência dos usuários, sendo separados por região geográfica de cada uma das 8 USF da região distrital de responsabilidade da UBDS.

A esta planilha foram posteriormente adicionados os dados oriundos dos prontuários dos usuários que utilizaram do PA da UBDS e que continham os dados de atendimento nas respectivas USF de referência.

A partir destas informações foram selecionados os usuários que realizaram mais de um atendimento quer seja na unidade de PA, na USF de referência ou em ambos os serviços. Assim, buscamos identificar as possíveis situações específicas de utilização dos serviços, derivadas do horário em que o usuário foi atendido no Setor de PA (se no momento de funcionamento da USF de referência ou não) e que poderiam ser traduzidas em padrões de utilização caracterizados como: duplicação de serviços, uso simultâneo, outras situações que indicassem a busca por atendimento em situações de urgência ou demanda espontânea/encaminhamento da USF para o Setor de PA da UBDS de referência.

As situações caracterizadas como duplicação de serviços e uso simultâneo sofreram um processo de codificação e, posteriormente, os dados foram lançados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e analisados considerando o cálculo da frequência simples das respostas para as variáveis consideradas, visando identificar o padrão de utilização dos serviços pelos usuários segundo cada USF de referência.

No processo de codificação dos dados utilizamos as variáveis: nome, sexo, idade, horário de atendimento, unidade de referência, motivo da procura/queixa, diagnóstico e conduta.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. O panorama geral identificado – traçando o perfil de utilização dos serviços de saúde com foco na saúde da família

As FAM registradas no Setor de PA da UBDS de referência das USF somaram um total de 13.226 registros correspondendo aos atendimentos médicos e de enfermagem dos pacientes atendidos. Os atendimentos que são realizados no Setor de PA da UBDS e registrados nas FAM referem-se a consultas médicas e atendimentos de enfermagem destinados aos usuários que demandaram espontaneamente ao setor, assim como aqueles que foram referenciados por suas unidades de saúde de referência, da área de abrangência da UBDS ou trazidos pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, do município.

Deste total de 13.226 registros, inicialmente, foram identificados e separados os registros das FAM referentes as oito (8) USF selecionadas para o estudo, que comportam um total de 11 equipes da ESF. Esta seleção foi realizada considerando os endereços dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS e de acordo com a definição de áreas de regionalização do município de Ribeirão Preto, disponível na Secretaria Municipal de Saúde deste município, de modo a localizar a unidade de saúde de referência para o atendimento básico destes usuários.

Assim, deste total de atendimentos ocorridos no mês de julho de 2010 no Setor de PA da UBDS, 2.197 atendimentos, ou seja, 16,6% destes foram destinados aos usuários que pertenciam as USF selecionadas para o presente estudo.

Na Tabela 3 são apresentados os dados referentes à distribuição de atendimentos e de usuários residentes nas áreas de abrangência das oito USF, atendidos no setor de PA da UBDS, sendo que a USF 7 comporta duas equipes da ESF e a USF 8 comporta três equipes.

Dos 2.197 atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência, 75,0% correspondeu a atendimentos médicos (1.648) e 25,0% (549) de enfermagem, demandados por 1.476 usuários oriundos das 8 USF da área de abrangência da UBDS.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS segundo atendimentos médicos e de enfermagem realizados e USF de origem, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Unidade de Saúde	Usuários	Atendimentos Médicos		Atendimentos de Enfermagem		Total de atendimentos	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
USF1	321	349	62,0	215	38,0	564	25,6
USF2	90	84	70,0	36	30,0	120	5,4
USF3	106	138	70,0	59	30,0	197	9,0
USF4	290	312	75,0	105	25,0	417	19,0
USF5	185	209	76,8	63	23,2	272	12,4
USF6	43	45	79,0	12	21,0	57	2,6
USF7	76	77	76,2	24	23,8	101	4,6
USF8	365	434	92,5	35	7,5	469	21,3
TOTAL	1.476	1.648	75,0	549	25,0	2.197	100

Para USF1, foram identificados 321 usuários pertencentes à área de abrangência desta unidade, que demandaram 564 atendimentos ao Setor de PA, sendo 62,0% de atendimentos médicos e 38,0% de enfermagem. Destes 321 usuários, 143 (44,9%) eram usuários do sexo masculino e 177 (55,1%) do sexo feminino. Para um usuário não havia o registro de sexo na FAM, não sendo possível identificar o sexo nem mesmo pelo nome do usuário, por se tratar de recém-nascido (Rn) e a ficha estar preenchida em nome da mãe.

Cabe ainda destacar que as FAM, apresentam grande parte das vezes, registros incompletos, não apenas quanto aos dados de identificação, mas também de outros dados importantes e necessários ao planejamento dos serviços e à organização do cuidado ao usuário como, por exemplo, o diagnóstico gerado pelo motivo de procura pelo serviço de saúde.

Os 90 usuários pertencentes à área de abrangência da USF2 somaram 120 atendimentos, sendo 84 (70,0%) atendimentos médicos e 36 (30,0%) de enfermagem. Dos 90 usuários, 43 (47,8%) eram do sexo masculino e 47 (52,2%) do sexo feminino.

Para o USF3 foram encontrados 197 atendimentos que corresponderam a 106 usuários, sendo 138 atendimentos médicos (70,0%) e 59 (30,0%) de enfermagem, para um total de 55 usuários (51,8%) do sexo masculino e 50 (47,2%)

do sexo feminino. Para esta USF, da mesma forma que para a USF1, para um usuário não havia o registro do sexo por se tratar igualmente de um Rn.

Para USF4, foram identificados 290 usuários que demandaram 417 atendimentos dos quais 312 (74,8%) médicos e 105 (25,2%) de enfermagem. Destes usuários, 147 (50,6%) eram do sexo masculino e 143 (49,3%) do sexo feminino.

Já para a USF5 o número de atendimentos chegou a 272 demandados por 185 usuários, sendo 209 (76,8%) médicos e 63 (23,2%) de enfermagem. Do total de usuários, 104 (56,2%) eram mulheres e 81 (43,8%) homens.

Para a USF6, 43 usuários, 19 (44,2%) mulheres e 24 (55,8%) homens, demandaram 57 atendimentos, sendo 45 (78,9%) atendimentos médicos e 12 (21,1%) de enfermagem.

Destaco ainda que nestas seis primeiras USF, há somente uma equipe da ESF por unidade, diferentemente das USF7 e USF8. Como já apontado anteriormente, na USF7, esta é composta por duas equipes mínimas de Saúde da Família e a USF8 por três equipes de ESF.

A USF7 apresentou 101 atendimentos gerados por 76 usuários, sendo 77 (76,2%) representados por atendimentos médicos e 24 (23,8%) por atendimentos de enfermagem. Do total de 76 usuários, 40 (52,6%) são mulheres e 36 (47,4%) homens.

Por fim a USF8 apresentou um total de 469 atendimentos, sendo 434 (92,5%) de atendimentos médicos e apenas 35 (7,5%) de atendimentos de enfermagem. O conjunto destes atendimentos se refere a 365 usuários, sendo 185 (50,6%) mulheres e 180 (49,4%) homens.

Pela Tabela 3 ainda é possível verificar que dentre os atendimentos processados no Setor de PA da UBDS para os usuários das USF da área de abrangência, a grande maioria dos atendimentos são médicos. Em alguns casos estes atendimentos são superiores a 90%, como por exemplo, os atendimentos de usuários oriundos da USF8. Isso nos remete a cultura predominante na nossa sociedade de que o atendimento em saúde está diretamente ligado a questão da doença em si e na figura do médico, reforçando uma perspectiva biomédica, curativa e procedimento-centrada. Ao considerarmos esta situação, isto nos leva a refletir que a ação de enfermagem no trabalho em saúde não tem sido suficiente para

provocar mudanças neste quadro aqui apresentado, de maior foco na realização estrita de procedimentos técnicos.

Isso foi possível observar durante o período de coleta de dados com as fichas de atendimento de enfermagem, sendo que muitas vezes estas fichas se encontravam em branco (ou seja, sem nenhum registro), ou ainda, havia apenas registrado o tipo de procedimento realizado, o que pode demonstrar como a enfermagem vem se colocando nestes serviços de saúde, sem a possibilidade de ampliar e qualificar a assistência prestada.

Estudo realizado em unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre – RS evidencia que existem locais em que a enfermagem atua de maneira efetiva e bem articulada com outros profissionais. Contudo, é identificado no estudo que ainda falta muito para que as ações de prevenção e atividades coletivas ocorram nos serviços investigados, pois o enfermeiro ainda mantém seu atendimento restrito ao cuidado individual, devido à alta demanda de usuários que busca os serviços de saúde (COLOMÉ; LIMA 2008).

Adicionalmente, na Tabela 3 é possível observar esta situação de maneira mais clara e ressaltar que em nenhuma das USF do presente estudo o número de atendimentos médicos é menor do que 60%, o que reforça ainda mais a idéia do atendimento focado na doença e no profissional médico.

Embora o número de atendimentos médicos seja um dado que chame bastante atenção, ao observarmos de modo geral os atendimentos das USF, concluímos que a USF1 (25,6%) e a USF8 (21,3%) foram as USF que mais demandaram atendimentos totais para a UBDS. Ressaltamos ainda que embora parecidas no número de atendimentos demandados para o Setor de PA da UBDS, estas duas unidades pouco se parecem entre si em termos de infra-estrutura para o processamento do cuidado em saúde e quanto ao número de equipes da ESF que aí atuam.

A USF1 é uma unidade com espaço físico restrito, semelhante a uma residência, porém encontra-se bastante próxima geograficamente da UBDS de referência. Já a USF8 possui um prédio com estrutura física planejada para comportar uma unidade de saúde, com melhores acomodações. Ainda, a USF8 oferece um cardápio mais diversificado de serviços tais como: aplicação de tratamentos (aerossol, medicação por distintas vias de aplicação), vacinação,

curativo, consultório odontológico dentre outros diferentemente da USF1. Contudo, localiza-se geograficamente muito distante da UBDS e possui três equipes da ESF em oposição à USF1 que possui apenas uma equipes.

Quando olhamos para esta situação isso nos remete à reflexão da questão de utilização e de acesso aos serviços de saúde. Para Travassos e Martins (2004, p.190), “a utilização de serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”, e complementam que a utilização é definida como a atitude de procurar os serviços de saúde. Porém a utilização de serviços de saúde é considerada um processo complexo resultante de um conjunto de determinantes que vão desde fatores organizacionais, até características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários. Já acesso é o termo utilizado para indicar o grau de facilidade com que os usuários obtêm o cuidado em saúde, estando também relacionado às condições de vida, alimentação, educação, poder aquisitivo dos indivíduos, acessibilidade geográfica, funcional (horário de funcionamento e oferta de serviços) e cultural (serviços adaptados às necessidades locais).

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo e composto por um conjunto de determinantes que incluem características sócio-demográficas e de saúde como já dito anteriormente. Segundo Capilheira (2006) fatores como proximidade dos serviços e recursos oferecidos podem influenciar a utilização do serviço.

As necessidades e expectativas individuais e coletivas em relação a um problema de saúde estão diretamente ligadas à maneira como o usuário utiliza esses serviços de saúde. A partir desta utilização o usuário terá ou não satisfeitas suas necessidades ou expectativas. E o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, em um processo interativo que se dá desde a entrada do usuário até a sua saída do serviço (JUNQUEIRA; AUGÉ 1995).

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição dos usuários segundo sexo e a USF de origem. Pela tabela podemos observar de modo mais sistematizado que o número de mulheres (51,9%) atendidas ainda é maior que o número de homens (48,0%) que procuram atendimento no Setor de PA da UBDS. Apenas nas USF3 e USF6 verificamos situação diversa, com maior percentual de homens atendidos.

Segundo Sassi e Béria (2001) o número de mulheres em busca de atendimentos de saúde ocorre devido a sua maior percepção do seu estado de

saúde e, além disso, historicamente há uma demanda feminina por serviços de saúde por motivos obstétricos e ginecológicos, durante o período reprodutivo, situação esta reforçada pelos programas de saúde presentes no país.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS segundo sexo e USF de origem, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Unidade de Saúde	Usuários	Homens		Mulheres		Sem registro	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
USF1	321	143	44,6	177	55,1	1	0,3
USF2	90	43	47,8	47	52,2	0	0
USF3	106	55	51,9	50	47,2	1	0,9
USF4	290	147	50,6	143	49,3	0	0
USF5	185	81	43,8	104	56,2	0	0
USF6	43	24	55,8	19	44,2	0	0
USF7	76	36	47,4	40	52,6	0	0
USF8	365	180	49,4	185	50,6	0	0
TOTAL	1.476	709	48,0	765	51,9	2	0,1

A exposição ao risco de adoecimento, decorrente do tipo de trabalho, dos hábitos de vida entre outros, também tem sido destacada como uma das causas das diferenças por sexo na utilização de serviços de saúde. As relações de gênero explicam a variação na percepção da saúde e na decisão de busca pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, tendo em vista os papéis socioculturais exercidos por homens e mulheres (SASSI; BÉRIA, 2001).

Segundo Verbrugge (1989), as diferenças no uso de serviços de saúde entre homens e mulheres são maiores em certos tipos de agravos à saúde, como a maioria dos problemas eletivos e os menos graves. As mulheres utilizam mais serviços ambulatoriais e grandes quantidades de medicamentos prescritos ou não e visitam com maior frequência serviços preventivos em relação aos homens. Adicionalmente, nos EUA o uso de serviço ambulatorial foi maior entre as mulheres e deveu-se basicamente à busca de diagnóstico. Por outro lado, o número de visitas aos serviços curativos foi semelhante entre homens e mulheres.

Na Tabela 5, podemos identificar a distribuição da faixa etária dos usuários que utilizaram Setor de PA da UBDS de acordo com a origem de suas USF de referência.

Tabela 5. Distribuição numérica dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS segundo faixa etária e USF de origem, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

USF de Origem Faixa Etária	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		USF7		USF8	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 - 1	1	0,3	0	0,0	0	0,0	14	4,8	4	2,2	1	2,3	0	0,0	1	0,3
1 - 5	29	9,0	4	4,4	8	7,5	37	12,8	20	10,8	4	9,3	4	5,3	62	17,0
5 - 10	14	4,4	1	1,1	7	6,6	18	6,2	4	2,2	5	11,6	7	9,2	33	9,0
10 - 15	15	4,7	4	4,4	7	6,6	10	3,4	9	4,9	5	11,6	4	5,3	28	7,7
15 - 20	12	3,7	3	3,3	5	4,7	24	8,3	12	6,5	1	2,3	7	9,2	28	7,7
20 - 30	53	16,5	14	15,6	11	10,4	54	18,6	38	20,5	4	9,3	13	17,1	77	21,1
30 - 40	44	13,7	17	18,9	18	17,0	37	12,8	31	16,8	8	18,6	10	13,2	37	10,1
40 - 50	40	12,5	10	11,1	15	14,2	34	11,7	28	15,1	4	9,3	9	11,8	36	9,9
50 - 60	38	11,8	12	13,3	10	9,4	29	10,0	14	7,6	4	9,3	8	10,5	37	10,1
> 60	75	23,4	25	27,8	25	23,6	33	11,4	23	12,4	6	14,0	13	17,1	25	6,8
sem informação	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,1	1	2,3	1	1,3	1	0,3
TOTAL	321	100	90	100	106	100	290	100	185	100	43	100	76	100	365	100

Ao observarmos a demanda geral destes usuários das oito USF da presente investigação, percebemos que em pelo menos três delas (USF1, USF2 e USF3) encontramos os maiores percentuais, respectivamente 23,4%, 27,8% e 23,6% relativos a faixa etária de usuários acima de 60 anos de idade. Já para as demais unidades (USF4, USF5 e USF8) este percentual se concentra na faixa adulta entre 20 e 40 anos de idade. Cabe destacar que para a USF7 os percentuais (17,1%) se distribuem igualmente para as faixas etárias dos 20 a 30 anos e maiores de 60 anos.

Neste sentido, podemos pensar que indivíduos no extremo da cadeia etária utilizam mais os serviços devido a maior probabilidade de ocorrência de doenças e situações que exigem atenção dos serviços de saúde

Cabe ressaltar que 0,3% dos usuários presentes no estudo não foram analisados em relação à variável idade, devido ao fato de algumas fichas de atendimento, não apresentarem a informação de data de nascimento do usuário.

Estudos revelam que tanto em países desenvolvidos quanto em países em processo de desenvolvimento apresentam uma estrutura de utilização concentrada no uso de cuidado médico hospitalar nas idades extremas (MAPELLI, 1993; SASSI; BÉRIA, 2001; FACCHINI; COSTA, 1997). Entretanto, devemos ressaltar que esse padrão de utilização pode variar de acordo com o tipo de serviço de saúde que se analisa e tendo em vista a variação dos perfis de morbidade e epidemiológicos em diferentes fases do ciclo de vida.

Um exemplo nesta direção, refere-se ao caso de serviços ambulatoriais apontados por Alberts *et al* (1997) ao identificarem que em Curaçao, pessoas mais velhas têm maior probabilidade de consultar médicos especialistas, enquanto que pessoas mais jovens de consultar generalistas.

Pela Tabela 6, observamos a distribuição numérica e percentual de atendimentos de enfermagem e médicos realizados aos usuários oriundos das USF selecionadas para este estudo segundo horário e número de atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS.

Tabela 6 - Distribuição numérica de atendimentos de enfermagem e médicos realizados aos usuários oriundos das USF1, USF2, USF3, USF4, USF5, USF6, USF7 e USF8 segundo horário e número de atendimentos realizados no setor de PA da UBDS, para o mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Horário de Atendimento	ATENDIMENTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM															
	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		USF7		USF8	
	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
7:00 – 12:00	104	91	31	15	49	23	113	34	61	22	14	4	20	5	137	14
12:01 – 13:00	15	9	5	0	8	0	18	6	11	7	2	0	4	1	19	3
13:01 – 17:00	89	40	17	11	26	15	66	37	49	14	14	0	17	4	96	7
17:01 – 22:00	86	60	20	9	37	20	71	18	49	18	8	6	19	12	123	7
22:01 – 06:59	54	15	10	1	16	1	41	8	35	2	7	2	15	2	57	4
sem informação	1	0	1	0	2	0	3	2	4	0	0	0	2	0	2	0
TOTAL	349	215	84	36	138	59	312	105	209	63	45	12	77	24	434	35

Os atendimentos de enfermagem ocorrem em sua maioria no período das 7:00h às 12:00h, com percentuais de 16,6%, 2,7%, 4,2%, 4,0% e 2,6%, respectivamente para as USF1, USF2, USF3, USF5 e USF8. Assim, verificamos que 61,2% dos atendimentos de enfermagem ocorrem durante o período de funcionamento das USF. Ainda, 39,2% dos atendimentos identificados foram demandados por usuários da USF1, que é uma das unidades de saúde mais próxima geograficamente da UBDS de referência; cabe também ressaltar que apenas a USF8 que apresentou 6,0% dos atendimentos de enfermagem demandados para a UBDS de referência realiza procedimentos de enfermagem (inaloterapia, administração de medicamentos, vacina, dispensação de medicamentos, curativos), enquanto que as demais unidades não oferecem estes tipos de serviço o que implica na procura pelos usuários por estes serviços em outras unidades de saúde.

Esta situação certamente nos remete à reflexão quanto ao não cumprimento do princípio da integralidade da atenção, o que pode gerar insatisfação dos usuários, uma vez que não conseguem ter suas demandas e necessidades atendidas nas USF mais próximas de seu espaço de vida e trabalho. Estudos anteriores realizados em cinco destas USF referem que o maior obstáculo enfrentado pelos usuários no interior das unidades é a não realização de procedimentos de enfermagem em geral e dispensação de medicamentos (GAIOSO, 2007, MISHIMA *et al*, 2010).

Em relação aos atendimentos médicos, estes ocorrem com maior frequência no período das 7:00h às 12:00h de maneira geral para todas as unidades, com percentuais de 6,3%, 1,9%, 3,0%, 6,9%, 3,7%, 0,8%, 1,2% e 8,3% respectivamente para as USF1, USF2, USF3, USF4, USF5, USF6, USF7, USF8 que representam 32,1% dos atendimentos médicos. Se somados ao horário das 13:01h às 17:00h esse percentual eleva-se para 54,7% o que demonstra que mais de cinquenta por cento dos atendimentos ocorrem no período em que as USF estão em funcionamento. As USF1 e USF8 são das unidades cujos usuários mais demandam atendimento médico para a UBDS de referência com respectivamente 21,2% e 26%.

Em estudo realizado por *Mishima et al* (2010a) dentro dessa mesma perspectiva, observou-se que os atendimentos realizados nesta mesma UBDS para quatro destas USF ocorriam com maior frequência no período em que a unidade de saúde encontrava-se funcionando, mesma situação identificada no presente estudo, ou seja, a busca por atendimento na UBDS ocorre quando a USF encontra-

se em horário de funcionamento. Assim, podemos pensar que houve uma mudança significativa no padrão de utilização dos serviços pelos usuários que pode ter sido determinado por diversos motivos, sendo eles: dificuldade de acesso a consultas, confiabilidade depositada no serviço de saúde, questionamento quanto à capacidade de resolubilidade das USF, forma de organização das USF para o processamento dos atendimentos não agendados.

Segundo estudo realizado por Junqueira e Auge (1995) na cidade de Guarulhos a demanda relativamente elevada dos serviços do Pronto-Atendimento está relacionado à capacidade resolutiva e a certeza de que o atendimento ocorrerá no mesmo dia quando comparada a das UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Para Marques e Lima (2007) a falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar assistência médica onde exista a porta aberta.

A oferta restrita de serviços faz com que o público excedente procure atendimento em locais que concentram maiores possibilidades de portas de entrada, sendo que os serviços de Pronto-Atendimento e aqueles voltados ao atendimento de emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender as demandas de forma ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto que as unidades de atenção básica, majoritariamente, oferecem apenas a consulta médica.

Mishima *et al* (2010b) trazem que a existência da imposição de mecanismos de regulação ao acesso do usuário aos serviços de saúde pode indicar um ponto de insatisfação do usuário.

Oliveira *et al* (2009) em seu estudo afirmam que o usuário não se prende à norma imposta a ele acerca de qual é a sua “porta de entrada” no sistema de saúde. Ele chama para si a liberdade de optar por um serviço de saúde com base em sua experiência e em seus próprios interesses. Neste sentido, ele deseja que, em sua demanda espontânea, a porta de entrada do sistema esteja aberta em qualquer serviço da rede e não apenas na atenção básica.

Quando analisamos cada uma das USF separadamente conseguimos perceber a situação dos usuários que realizaram atendimentos médicos na UBDS, junto à sua USF de referência.

O Gráfico 1 traz os dados da USF1. Pelo gráfico podemos observar que dos 349 usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, 272 destes usuários demandaram atendimentos médicos, sendo que 5,5% desses usuários apresentaram tanto atendimento na UBDS quanto atendimento na USF1.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF1, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Ainda, 14,3% deles não possuíam cadastro na USF, referência para seu atendimento de acordo com o princípio da regionalização, 6,3% não possuíam prontuário, fato este que indica que o usuário nunca passou por atendimento na USF de sua referência, embora sua família apresente cadastro na USF. Foram também identificadas situações em que o usuário não se encontra mais na área de abrangência da USF, quer por terem mudado de residência (7%), por ocorrência de óbito do usuário (1,5%), ou por não morarem no endereço (14,7%) que informaram quando atendidos na UBDS.

Também foi identificado que 27,6% dos usuários não passaram por atendimento no mês em que procuraram atendimentos no Setor de PA da UBDS. Porém o fato que mais chamou atenção especificamente na USF1 foi o fato de

23,2% (63) dos usuários apresentaram endereços inexistentes na área de abrangência, ou seja, informaram um nome de rua pertencente à USF1, porém com uma numeração inexistente. Este fato indica uma situação bastante comum nos serviços de saúde, da “invasão” da área de uma unidade de saúde, pela necessidade do usuário lançar mão da livre escolha para a utilização dos serviços de saúde em contraposição com o princípio da regionalização que compõe o conjunto de princípios organizativos do SUS.

Já a USF2, conforme observado no Gráfico 2, dos seus 90 usuários que utilizaram o Setor de PA da UBDS, 84,5% (71) deles demandaram 84 atendimentos médicos sendo que 15,6% destes usuários não apresentavam cadastro na USF, 7,8% não possuíam prontuários na unidade, pois nunca passaram por atendimento na USF2, 11,1% não moravam no endereço que forneceram no Setor de PA da UBDS quando foram atendidos, 3,3% mudaram da área de abrangência desta USF, e ainda 5,6% foram a óbito.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF2, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Cabe destacar que, 23,3% dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS não apresentaram atendimento na USF2 e por fim apenas 12,2% dos usuários passaram por atendimentos nas duas unidades de saúde, USF2 e PA da UBDS.

Para a USF3, segundo o Gráfico 4, verificamos que esta apresentou um total de 138 atendimentos médicos demandados por 106 usuários, sendo que 7,6% destes usuários apresentaram tanto atendimentos no Setor de PA da UBDS quanto na USF3.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF3, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Apenas 1% dos usuários não tinha prontuário na USF3 e 1,5% foram a óbito. Em relação aos demais usuários: 14,7% não apresentavam cadastro na unidade, 8,6% não moravam no endereço que informaram à UBDS, 5,1% mudaram da área de abrangência desta unidade e, por fim, 15,2% dos usuários que demandaram atendimento médico para UBDS, não apresentaram nenhum atendimento na USF3.

Já USF4 dos 312 atendimentos médicos demandados pelos 243 usuários, 34,6% deles não possuía cadastro na unidade de referência, 5,8% não apresentam prontuários no arquivo da unidade, devido à nunca terem sido atendidos pela USF4, 5,8% dos usuários mudaram da área de abrangência, 18,9% não moravam no endereço informado, conforme pode ser observado pelo Gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF 4, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Apenas 6,2% destes usuários receberam atendimento médico tanto na USF4 como no Setor de PA da UBDS e em sua maioria com um total de 29,6% não apresentaram atendimento médico na USF4 no mês de realização do estudo.

Na USF5 dos 160 usuários (86,4%) que demandaram 209 atendimentos médicos, como demonstra o Gráfico 6. Do total destes usuários: 1,9% não apresentavam prontuário na unidade, 1% foi a óbito, 13,1% mudou da área de abrangência da USF5 e 10% não mora no endereço informado ao Setor de PA da UBDS. Em sua grande maioria, 40,6% dos usuários não tiveram atendimento na USF5 no mesmo mês em que foram atendidos no Setor de PA da UBDS. Porém, 17,5% passaram por atendimento nos dois serviços de saúde.

Gráfico 6 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF5, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Na USF6 que demandou 45 atendimentos médicos realizados por 40 usuários em sua maioria, ou seja, 70% não apresentaram atendimento na USF6 e apenas 20% possuía atendimentos médicos nas duas unidades no período selecionado para esta investigação.

Gráfico 7 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF6, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Não houve nenhum óbito registrado entre os usuários que se utilizaram do Setor de PA da UBDS no período desta investigação, na área da USF6, todos os prontuários foram localizados, com exceção de 10% daqueles que não possuíam cadastro na USF em questão e nenhum usuário mudou desta área de abrangência no período do estudo.

No Gráfico 7 observa-se a distribuição dos dados da USF7, sendo que para esta unidade, dos 77 atendimentos médicos demandados por 71 usuários, 56,3% deles não passaram por atendimento nenhuma vez no mês selecionado para o estudo na unidade de saúde.

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF7, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Dos demais registros dos usuários que utilizaram o Setor de PA da UBDS, 1,4% foram a óbito, 2,8% mudaram da área de abrangência da USF de referência, 1,4% não moravam no endereço informado, 11,3% não possuíam prontuário na unidade. Ainda, 25,4% dos usuários demandaram atendimentos médicos tanto em sua unidade de origem quanto no Setor de PA da UBDS.

Na USF8, segundo dados apresentados no Gráfico 9, apresentou 434 atendimentos médicos demandados por 350 usuários, os quais 53,7% não

apresentaram nenhum atendimento no mês de julho de 2010, apenas 21,4% destes usuários procuraram atendimento tanto na USF8 quanto na UBDS.

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS, sua situação junto à USF 8, no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Nesta USF8 não foi encontrado nenhum óbito registrado dos usuários que demandaram o Setor de PA da UBDS no período do estudo; os usuários possuíam cadastro na unidade e pertenciam a sua área de abrangência, não houve saída de nenhum usuário para fora desta área. Por fim apenas 24,9% dos prontuários não foram localizados na unidade.

No Gráfico 10, apresentamos um panorama geral dos usuários de todas as unidades que possuíam atendimentos tanto na sua unidade de referência quanto no Setor de PA da UBDS. Contudo, é necessário que se esclareça que a procura por atendimento nestas duas unidades se deu por queixas de diferentes naturezas umas das outras.

Gráfico 10 – Distribuição percentual dos usuários atendidos no Setor de PA da UBDS e na sua USF de referência no mês de julho de 2010, por motivo/queixa diferentes. Ribeirão Preto, 2011

Dos 1.645 atendimentos médicos ocorridos no período selecionado para o estudo, 19%, ou seja, 312 desses atendimentos foram demandados por 216 usuários tanto na sua USF de referência quanto na UBDS. Observamos que a USF8 foi a unidade que apresentou o maior percentual de usuários que demandaram atendimentos para as duas unidades (21,3%). Cabe mais uma vez lembrar que esta unidade possui três equipes da ESF o que nos remete a um maior número de usuários atendidos na unidade e na UBDS. Em seguida, as USF4 e a USF5 apresentaram um percentual de 19,9%, seguidas pela USF1 com um total de 16,2% destes usuários. As USF2 e USF3 ficaram bem próximas em relação ao seu percentual sendo 7,9% e 7,4% respectivamente. Finalmente, as USF6 e USF7 foram as que apresentaram o menor percentual, com 1,9% e 5,6% respectivamente.

4.2. Duplicação e Uso Simultâneo dos serviços de saúde na atenção básica

Como citado anteriormente, dentre as possibilidades identificadas acerca da utilização dos serviços de saúde, a partir da análise das FAM, o usuário pode ter utilizado os serviços de forma simultânea, ou seja, um mesmo usuário procurou ambos os serviços, ou seja, o Setor de PA da UBDS de referência e a sua USF de origem para resolução de um mesmo agravam de saúde no período de 30 dias.

O usuário pode ainda ter realizado o que denominamos de duplicação de serviço, ou seja, um mesmo usuário procurou um mesmo ou diferentes serviços de saúde por mais de duas vezes para um mesmo problema de saúde, considerando um período determinado, sendo que para fins de análise deste estudo, conforme já apontado anteriormente, estamos considerando o período de 30 dias.

Dentre os 2.197 atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência por 1.476 usuários, 55 (2,5%) representam atendimentos simultâneos, que foram demandados por 53 (3,5%) usuários e 144 (6,5%) se referem a atendimentos duplicados, que foram realizados por 45 (3,0%) usuários.

No estudo de Mishima *et al* (2010a) foi verificado que 0,35% usuários duplicaram a utilização dos serviços de saúde em 4 destas mesmas USF analisadas no presente estudo em um período de 15 dias de atendimento. Ainda, 3,27% usuários fizeram uso simultâneo destas mesmas quatro (4) USF e o Setor de PA da UBDS de referência neste mesmo período.

Estes dados nos levam a inferir que os percentuais de uso simultâneo não apresentaram alterações significativas, já que no presente estudo o período estudado foi de 30 dias, enquanto que no estudo de Mishima *et al* (2010a) este considerou a análise de 15 dias de atendimento. Contudo, utilizando desta mesma lógica da ampliação do tempo de análise para 30 dias no presente estudo, quando falamos da duplicação na utilização dos serviços, podemos inferir também que houve um aumento significativo desta, visto que para o estudo de Mishima *et al* (2010a), a duplicação foi verificada em 0,35% dos atendimentos e no presente estudo esta chega a 6,5% dos atendimentos, cabendo considerar ainda, que aqui são analisados os atendimentos referentes a 8 USF. De qualquer maneira, isso nos faz refletir sobre a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários pertencentes às USF.

Estudo realizado por Gaios (2007) aponta que grande parte dos usuários pertencentes às USF, ao procurarem um serviço de saúde, estão em busca de consultas médicas. Oliveira *et al* (2009) revelam que usuários exercem uma preferência pelos serviços chamados de urgência e emergência não só pela maior disponibilidade de horário, mas também pela não existência de limitação no número de vagas para consultas médicas.

Quando observamos a Tabela 7, verificamos novamente que o número de mulheres (61,8%) que procuram os serviços de saúde é superior ao de homens (38,2%) que buscam atendimento no caso do uso simultâneo.

Tabela 7 – Distribuição de frequência para a variável sexo para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Sexo	Uso Simultâneo		Duplicação	
	Nº	%	Nº	%
F	34	61,8	57	39,6
M	21	38,2	87	60,4
Total	55	100,0	144	100,0

Estes dados reforçam a idéia de que mulheres buscam mais serviços de saúde, possivelmente, devido a sua maior percepção da condição de saúde ou ainda por motivos obstétricos como já discutido anteriormente e apontado em diversos estudos.

Quando, porém, observamos a distribuição da duplicação dos atendimentos, a mesma se mostra de forma atípica a grande maioria dos estudos que apontam a maior utilização dos serviços por mulheres, havendo a identificação de um maior percentual para homens (60,4%) do que para as mulheres (39,6%).

Segundo Gomes *et al* (2007) inferir que mulheres procuram mais por serviços de saúde do que os homens está associado a hábitos de prevenção que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens. Em seu estudo, o mesmo refere que a procura por serviços de saúde por homens está diretamente ligada a papéis a serem desempenhados para que se ateste a identidade de ser

masculino. O estudo mostrou que o imaginário de ser homem pode estar ligado a questões culturais, dificultando a adoção de práticas de auto-cuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino.

Além desta questão, segundo Gomes *et al* (2007), existe o medo por parte dos homens na descoberta de uma doença grave e também vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde e por isso quando apresentam algum agravo de saúde, eles procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar alguma medicação por conta própria, tomar algum chá ou se medicar utilizando-se da orientação de algum farmacêutico. Essas saídas encontradas por eles para melhorar sua saúde são mais pontuais, não os fazendo perder tempo com filas, com a espera pelo atendimento médico:

Antes de analisarmos a tabela de frequência de horário de atendimento, cabe lembrar que as USF, embora tenham funcionamento ininterrupto a partir de 2010, segundo determinação da SMS-RP, mantém em sua maioria, somente atendimento de enfermagem e da recepção da unidade no período do almoço, considerado para fins deste estudo das 12:01h às 13:00h.

Na Tabela 8, podemos observar que dos 55 atendimentos caracterizados como uso simultâneo de serviços de saúde, 28 atendimentos, ou seja, 51% deles ocorreram nos horários em que a USF está em funcionamento. Em relação aos atendimentos que ocorreram fora do horário de funcionamento esse número é de 25 atendimentos o que representa 45,4% do total. Há ainda 2 (3,6%) atendimentos que a informação sobre horário de atendimento não constava registrada na FAM.

O mesmo não ocorre com os atendimentos caracterizados como duplicação de serviços, dos 144 atendimentos 71 (49,3%) deles ocorreram no período em que a USF estava em funcionamento, 72 (50%) ocorreram fora do horário de atendimento da USF e apenas 1 (0,7%) não constava a informação sobre o horário de atendimento do usuário no Setor de PA da UBDS de referência.

Tabela 8. Distribuição de freqüência para a variável horário de atendimento para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Período do atendimento	Uso Simultâneo		Duplicação	
	Nº	%	Nº	%
7:00 - 12:00	14	25,5	42	29,2
12:01 - 13:00	2	3,6	5	3,5
13:01 - 17:00	14	25,5	29	20,1
17:01 - 22:00	17	30,9	40	27,8
22:01 - 6:59	6	10,9	27	18,8
Sem registro do horário	2	3,6	1	0,7
Total	55	100,0	144	100,0

Embora exista uma diferença de percentual menor do que 1% entre os atendimentos que ocorreram no período de funcionamento da USF e dos que ocorreram fora deste horário, isso nos leva a pensar que esta é uma diferença pouco significativa e voltamos a afirmar que pelo menos metade dos atendimentos ocorre no período em que as USF estão em funcionamento, o que novamente nos leva a refletir se estes usuários estão sendo realmente referenciados para estas unidades ou se eles estão buscando o Setor de PA da UBDS de referência por demanda espontânea.

Segundo Cecílio (1997) a integralidade no setor da saúde é compreendida como resultado do trabalho intra-setorial para assegurar acesso à finalização do cuidado, tanto na unidade, por meio da equipe de saúde, como na rede de serviços, por meio do sistema de referência e contra-referência. Assim, as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária atuam como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade frente às demandas básicas e como porta de entrada para atenção secundária (ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, algumas unidades de pronto-socorro) e terciária (serviços hospitalares de maior complexidade).

Porém, apesar dos significativos avanços obtidos no processo de descentralização, sobretudo a partir da ESF, a relação oferta e demanda na rede básica continua expressando o confronto de interesses e necessidades, o qual propicia ao usuário a procura por serviços de maior densidade tecnológica para problemas de saúde que, olhados da perspectiva técnica, poderiam ser resolvidos no nível primário.

No que diz respeito à faixa etária, podemos observar na Tabela 9, que a que mais se destacou nos atendimentos caracterizados como de uso simultâneo esta a faixa etária que corresponde a uma população maior que 60 anos, que representa 23,6% do total de atendimentos considerados como uso simultâneo de serviço.

Já para os atendimentos classificados como duplicação de serviços, a faixa etária que mais se destaca está entre a população que se encontra entre 40 e 50 anos representando um percentual de 20,8%. Muito próximo a esse percentual estão as crianças na faixa etária de 1 a 5 anos, que representam 18% do total de atendimentos considerados como duplicação de serviços.

Tabela 9. Distribuição de freqüência para a variável idade para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Idade	Uso Simultâneo		Duplicação	
	Nº	%	Nº	%
<01	5	9,1	6	4,2
01 I— 05	9	16,4	26	18,0
05 I— 10	4	7,3	5	3,5
10 I— 15	0	0,0	3	2,1
15 I— 20	5	9,1	4	2,8
20 I— 30	2	3,6	14	9,7
30 I— 40	4	7,3	17	11,8
40 I— 50	5	9,1	30	20,8
50 I— 60	8	14,5	18	12,5
≥60	13	23,6	21	14,6
Total	55	100,0	144	100,0

Ressaltamos que este diferencial de porcentagem entre os dois tipos de utilização de serviço, pode estar relacionada a uma questão de perfil das USF analisadas. No conjunto das 8 USF, existem aquelas que se localizam em regiões

em que há uma grande concentração de pessoas idosas e outras que se localizam em regiões consideradas de risco ou de maior vulnerabilidade, como por exemplo, favelas onde há um maior percentual de crianças e jovens.

Na tabela seguinte analisamos como os atendimentos de uso simultâneo e duplicação se comportaram, quando considerados isoladamente para cada USF participante do estudo.

Tabela 10 - Distribuição de frequência para a variável USF para os atendimentos realizados no Setor de PA da UBDS de referência caracterizados como uso simultâneo e duplicação no mês de julho de 2010. Ribeirão Preto, 2011

USF	Uso simultâneo		Duplicação	
	Nº	%	Nº	%
USF1	7	12,7	20	13,9
USF2	3	5,4	4	2,8
USF3	3	5,4	15	10,4
USF4	5	9,1	27	18,8
USF5	7	12,7	21	14,5
USF6	1	1,9	6	4,2
USF7	4	7,3	2	1,4
USF8	25	45,5	49	34,0
Total	55	100,0	144	100,0

Quando analisamos o uso simultâneo constatamos que a USF8 foi quem apresentou maior percentual (45,5%) de atendimentos demandados ao Setor de PA da UBDS, seguida pelas USF1 e USF5 que apresentaram um percentual de 12,7% cada e se colocam como as duas unidades que demandaram uso simultâneo após a USF8, seguidas pelas USF4 (9,1%), USF7 (7,3%), USF 2 e 3 (5,4%) e por ultimo pela USF6 (1,9%).

Para a questão de uso simultâneo o estudo de Mishima *et al* (2010a) revelou que as quatro unidades estudadas apresentaram uso simultâneo de serviços e assim como no presente estudo a USF5 estava entre os serviços que mais demandou atendimentos simultâneos.

Em relação à duplicação a USF8 também foi a unidade que apresentou maior percentual somando 34,0% do total de atendimentos duplicados, seguida pelas USF4 (18,5%), USF5 (14,5%), USF1 (13,9%), USF3 (10,4%), USF6 (4,2%), USF2(2,8%) e finalmente a USF7 (1,4%).

No estudo de Mishima *et al* (2010a) apenas as USF1 e a USF5 apresentaram duplicação de serviços, sendo a USF1 a que apresentou maior percentual na época em foi realizado o estudo. Embora apenas duas unidades tenham apresentado duplicação de serviços é importante lembrar que a USF5 ainda permanece entre as três unidades que apresentaram maior número de atendimentos duplicados.

Quando consideramos as USF separadamente em relação ao uso simultâneo e duplicação de serviços, observamos que a USF8 foi a unidade que apresentou maior percentual tanto para uso simultâneo (45,5%) quanto para duplicação de serviços (34,0%). Voltamos a lembrar que esta unidade dentre todas as demais é uma unidade que oferece um maior número de serviços e procedimentos aos seus usuários e localiza-se geograficamente distante do Setor de PA da UBDS de referência. Tais dados reforçam mais uma vez o questionamento quanto à forma da organização do serviço, que pode estar levando a população da região desta unidade buscar mais frequentemente o Setor de PA da UBDS.

V. CONCLUSÕES

Realizar um estudo em que a temática ainda é pouca explorada é um verdadeiro desafio, pois existe o compromisso em demonstrar esta nova percepção e incentivar novos estudos sob esta nova ótica.

O presente estudo trouxe a possibilidade de utilizar indicadores para avaliação da satisfação do usuário, por meio da perspectiva da utilização dos serviços de saúde através do conceito de duplicação da utilização de serviços de saúde; considerando a duplicação como indicador indireto para a análise da satisfação do usuário, ou seja, a análise de duplicação da utilização dos serviços pode ser utilizada como expressão da insatisfação dos usuários.

No mês de julho de 2010 o setor de PA da UBDS de referência selecionada para estudo, realizou 13.226 atendimentos sendo que 16,6% de desse total, representado por 2.197 atendimentos, foram demandados por 1.476 usuários oriundos das USF selecionadas.

Dos 2.197 atendimentos ocorridos no período selecionado para o estudo, 1.645 (75%) foram atendimentos médicos e 549 (25%) de enfermagem, esses 1.645 atendimentos médicos foram demandados por 1.313 usuários.

Dos 1.313 usuários, 192 (14,6%) deles não possuíam cadastro nas USF, cabendo lembrar que esses usuários correspondentes são oriundos apenas das USF1, USF2, USF3, USF4 e USF5. As USF6, USF7 e USF8 não apresentaram usuários não cadastrados, o que nos leva a pensar que estas três últimas USF têm maiores possibilidades de acompanhamento dos usuários pertencentes a sua área de abrangência. Um aspecto não considerado nesta investigação e que pode de certa forma determinar maior número de usuários cadastrados, refere-se à distribuição espacial das USF e a distância destas de outros serviços de saúde que poderiam permitir maior acessibilidade aos usuários. Embora não analisadas estas variáveis (distribuição espacial e proximidade geográfica) podem interferir no número de usuários que desejem ou não ser cadastrados em suas unidades de origem.

Em relação à existência de prontuários nas USF, 141 (10,7%) usuários não possuíam prontuário em suas USF de origem, porém sua família encontra-se cadastrada, o que indica que o usuário nunca passou por atendimento na USF e

isso pode incluir vários fatores, tais como, não ter apresentado nenhuma demanda ou necessidade de procura ao serviço de saúde até o momento, existência de plano privado de saúde ou ainda a busca por atendimento de saúde em outros serviços, demandando espontaneamente de acordo com seus desejos e expectativas em relação aos serviços procurados para atendimento.

Houve também um percentual de 5,3% representado por 69 usuários que mudaram da área de abrangência das USF e 14 (1,1%) usuários que foram a óbito no mês em que o estudo foi realizado.

Outro ponto observado diz respeito aos usuários que não residem no endereço fornecido no momento do seu atendimento no Setor de PA da UBDS, estes somaram um total de 193 (14,6%) usuários. Ao observamos as USF selecionadas para o estudo de forma isolada podemos constatar que a USF1 apresentou um percentual significativo no que diz respeito a esta variável, dos seus 321 usuários 103 (37,9%) não moravam no endereço fornecido, sendo que para 63 (23,2%) deles o endereço nem se quer existia. Podemos inferir que estes usuários pertencem aos outros distritos de saúde do município estudado e que por algum motivo optaram por buscar atendimento no Setor de PA da UBDS, indicando a existência de invasão da área determinada segundo critérios populacionais e administrativos. Assim, podemos pensar que tal situação mostra que por mais que existam mecanismos que limitem geograficamente os distritos de saúde e suas áreas de abrangência, o usuário não se prenderá à norma imposta a ele acerca de qual é a sua “porta de entrada” no sistema de saúde, ele escolherá os serviços que vierem ao encontro de suas reais necessidades fazendo destes a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde.

Ainda em relação aos 1.313 usuários, 519 (35,5%) deles não apresentaram atendimento na sua USF de origem, no mês selecionado para o presente estudo. Esta situação nos leva a pensar que apesar de todo o processo em andamento de reorientação do modelo assistencial e da implantação da ESF, os usuários, em sua demanda espontânea ainda preferem serviços de PA.

Segundo Oliveira (2009) a clara preferência pelos usuários por serviços de urgência emergência se dá pelo fato de possuírem maior disponibilidade de horário, pois ficam abertos 24 horas, a não existência de limitação de vagas para consultas

médicas, presença de médicos especialistas, a possibilidade de realização imediata de procedimentos, existência de recursos tecnológicos e maior facilidade de acesso à internação hospitalar.

Dos 1.645 atendimentos médicos demandados por 1.313 usuários, 19%, ou seja, 312 desses atendimentos foram demandados por usuários que utilizaram tanto o setor de PA da UBDS de referência quanto a sua USF de origem, por motivos diferentes.

Em relação à questão de duplicação e uso simultâneo verificamos que 6,5% dos atendimentos foram considerados duplicados e 2,5% como uso simultâneo. Nenhuma das USF deixaram de apresentar usuários que realizaram esses tipos de utilização, porém a USF8 foi a unidade que mais se destacou pois apresentou uma maior percentual tanto para uso simultâneo (45,5%) e para duplicação (34,0%). Estes altos percentuais nos levam a questionar se tal ocorrência não ocorre em função da forma de organização do serviço para o atendimento das demandas e necessidades dos usuários.

Como já discutido anteriormente no estudo realizado por Mishima *et al* (2010a) que teve como objetivo analisar a duplicação e o uso simultâneo em quatro das USF do atual estudo, mostrou que apenas duas delas apresentaram duplicação de serviço e todas apresentaram uso simultâneo. A partir destes resultados e aqueles identificados na presente investigação, nos permitem afirmar que o quadro se modificou e que houve um aumento dos usuários que vêm duplicando a utilização dos serviços, o que nos remete a idéia de analisar duplicação como indicador indireto da (in)satisfação do usuário.

Embora o presente estudo seja de natureza quantitativa, ele nos oferece ferramentas para avançarmos em uma etapa subsequente, verificando se os usuários que realizaram duplicação ou utilizaram o serviço de forma simultânea, estão ou não satisfeitos com a assistência recebida em suas USF de origem.

Desta forma podemos ponderar sobre a relevância da identificação da ocorrência do uso simultâneo e da duplicação de serviços de saúde, oferecendo dados objetivos e quantificáveis, considerando-os como indicadores indiretos para avaliação da satisfação do usuário, bem como uma etapa importante para a análise mais global da satisfação, e que pode oferecer elementos para a busca de

qualificação dos serviços de saúde da Atenção Básica e mais especificamente aqueles voltados à Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- ALBERTS, J. *et al.* Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 2, p. 213-220, 1997.
- BORGES, D.F; OLIVEIRA, A.K.P. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 369-389, mar/abr. 2008
- BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000.
- BRASIL. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Desafios e conquistas do PSF. **Rev Bras de Saúde da Família**. Brasília, v. 2, n. 5, p. 6-24, 2002.
- CAMINAL, J. La medida de la satisfacción: um instrumento de participación de la población em la mejora de la calidad de los servicios sanitários. **Rev. Calidad Asistencial**, Espanha, v. 16, n. 4, p. 276-279, 2001.
- CAPILHEIRA, M.F; SANTOS, I.S. Fatores individuais associados á utilização de consultas médicas por adultos. **Rev. Saúde Publica**. São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436 – 43, 2006.
- CECÍLIO, L.C.O.; Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**. São Paulo, vol13, n; pag.469-78; 1997.
- COLOMÉ, I.C.S; LIMA, M.A.D.S.; DAVIS, R. Visão das enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre os profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-61, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde, conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.
- CORTEZ, E.; TOCANTINS, F.R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 800 – 804, nov/dez. 2006.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115 – 118, nov. 1990.
- DONABEDIAN, A. The quality of care – How can it be Assessed ?, **The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p.1743-1748, nov. 1988.
- ESCRIVÃO, A.J. Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo. Relatório de Pesquisa – 2005.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In MERHY, E. E et al (Org). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo. Ed. Hucitec, 2003. cap. 3.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial**. Campinas: Editora Unicamp, 1999

GAIOSO, V.P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP**, 2007.155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set/dez, 2003.

GOLDBAUM, M.; *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan. 2005.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 23; n 3: pág. 565-574, 2007

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>, 2008, acessado dia 30 de junho de 2011.

JUNQUEIRA, L. A.P.; AUGÉ, A.P.F. Qualidade dos Serviços de Saúde e Satisfação do usuário. **Cadernos Fundap**, São Paulo, p. 60 -75, 1995.

KLOETZEL, K.; *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 263-268, jul./set. 1998.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na Gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania)

MAPELLI, V; Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. **Soc Science Medicine**, v. 36; n 8; p..999-1009, 1993.

MENDES, EV, organizador. **Distritos Sanitários: a mudança das práticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec; 1993.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MERHY, E.E.; FRANCO. T. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan/abr, 2002.

MERHY, E.E. *et al.* Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de

assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.) **Municípios: a gestão da mudança**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 2, p. 45

MINAYO, M.C.S. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro- Ed. Fiocruz, 2002.

MIRA, J.J.; ARANAZ, J. La satisfacción Del paciente como uma medida Del resultado de la atención sanitaria. **Med Clinica** (Barc). 2000, v. 114, supl. 3, p. 26 -33.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2003.153f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MISHIMA, S.M; PAULA, V.G.; *et al.* (In)Satisfação dos usuários: a duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfermagem - USP**, , vol. 44, n. 3, p.766 – 773.,2010a.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, F.H.; *et al.* Assistance in family health from the perspective of users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-443, jun. 2010b.

NOGUEIRA, O.J.; BITTAR, V. Indicadores de Qualidade e quantidade em saúde. **Rev. de Administração em Saúde**, v. 3, n. 12, p. 21 -28, jul/set. 2001.

OLIVEIRA,L.H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial.**Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo v. 5, nº 14, p. 1929-1938, 2009

ORTEGA, J.L. & INFANTE, C.; PALACIOS, E.T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ. Vozes, 2004. cap. 8 p. 337 – 362.

PAULA, V.G, MISHIMA, S.M. **Duplicação dos serviços na Saúde da Família – expressão de insatisfação do usuário Ribeirão Preto**: Relatório de Pesquisa – PIBIC, 2007.

PEREIRA, F.H.; MISHIMA, S.M. Assistência à Saúde da Família – o caso do NSF. Relatório de Pesquisa, PIBIC-USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

POLIT,D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Delineamentos para a Pesquisa em Enfermagem in **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Artmed, 5º ed; cap.3, p.164-198, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013. Disponível em <http://www.coderp.com.br/saude>. Acesso abril de 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde para o Distrito Oeste. 2005.

RODRÍGUEZ, A. F; *et al.* Servicio de urgências de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. **Rev. Calidad**

Asistencial. Espanha, v. 3 ,n. 24, p. 109 -114, 2009.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov/dez. 2005.

RIBEIRO, M. M. **Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: Uma Investigação do Padrão Etário por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde.** 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Demografia o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional) Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SANTANA, A.L.A. **Programa Saúde da Família na região norte fluminense: uma análise a partir dos resultados do monitoramento realizado pelo ministério da saúde.** 2003. 127f. Monografia (Especialização Sob a Forma de Treinamento em Serviço para Enfermeiros, nos Moldes de Residência da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto). Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, Z.F.D.G. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Curitiba, Paraná, Brasil. 2007. 110f. Dissertação** (Mestrado em Odontologia) Universidade Católica do Paraná, Curitiba , Paraná, 2007.

SASSI, M. R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.819- 832, jul-ago, 2001.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 5 (supl. 1), p. 187-192. 2000.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 (supl. 1), p.1325-1335, jan/set. 2009.

TEIXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família.** Salvador: EDUFBA, 2006. cap. 1, p. 19

TRAVASSOS, C. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de saúde 2003, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005, p.169.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 20, sup. 2, p. 190- 198, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1985.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561 - 1569,

nov/dez. 2002

VASCONCELLOS, M.P.C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: MENDES, E.V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.6, p.155-172.

VEBRUGGE, L.M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal Health and Social Behavior**, v. 30, n.3, p.282- 304, 1989

PLANILHA PARA A COLETA DAS FICHAS DE ATENDIMENTO MÉDICO

[illegible]

ANEXO

Autorização do Comitê de Ética

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 28 de julho de 2010.

Of. N°165/10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezada Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada no dia 13 de julho de 2010, analisou e apreciou o parecer, referente ao **projeto de pesquisa: "Utilização de serviços na atenção básica e a satisfação do usuário"**, protocolo n°.399/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª, e como pesquisadora Vanessa Garcia de Paula (aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP), **foi aprovado ad-referendum.**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.