

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

WALDÉLIA MARIA SANTOS MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS
PRESTADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
FORTALEZA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2008**

WALDÉLIA MARIA SANTOS MONTEIRO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA

Dissertação apresentada a banca examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Diploma de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

Fortaleza – Ceará
2008

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA.

Autora: Waldélia Maria Santos Monteiro.

Data da Defesa: 27 de março de 2008.

Conceito obtido: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Presidente
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda
1º Membro
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto
2º Membro
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Dedico este trabalho aos meus filhos, João Victor e Davi, porque deles foi tirado o tempo e dedicação merecidos. Que fique o exemplo de força e determinação no alcance dos seus objetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença viva e fonte de inspiração.

À minha mãe, espelho de força e exemplo de persistência para o alcance de objetivos.

A meu marido, Ulisses, e filhos, pela capacidade de compreender minhas ausências, mesmo quando presente.

Ao professor e orientador Marcelo Gurgel, a quem já respeitava pelo histórico pessoal e profissional e a quem aprendi a respeitar através do convívio diário.

Ao professor Maia Pinto, pela essencial colaboração na análise estatística deste trabalho.

A amiga, irmã, Regina Furtado pelo apoio incondicional na realização deste trabalho.

A Luciene (Bua), cuja dedicação familiar permitiu minhas ausências intermináveis.

A Liliane e Pedrinho (*in utero*), companheira inseparável na coleta dos dados.

Ao meu irmão Robério, pela contribuição imensurável na criação do banco de dados.

A professora Salete, cujo empenho e dedicação são referenciais para todos que têm a oportunidade de cruzar seu caminho.

A Madalena de Souza, por oportunizar-me vivências profissionais na Vigilância Sanitária de Fortaleza.

A Maria, Maírla e Lucinha, as meninas super poderosas na organização da secretaria do CMASP.

Aos colegas do mestrado que com suas diferenças me fizeram crescer.

É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abre caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas.

Contrandipoulos, 2006.

RESUMO

A Atenção Básica é o “contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social”. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Fortaleza. Utilizou-se os instrumentos avaliativos desenvolvidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde (MS), adaptando-os às peculiaridades da assistência prestadas nas UBS, enfocando, num primeiro momento, o desempenho das Unidades quanto ao cumprimento dos padrões de conformidade, imprescindíveis, necessários e recomendáveis, que norteiam a assistência à saúde em suas diversas complexidades. As unidades avaliadas obtiveram índices elevados de não cumprimento dos padrões, com média de desempenho insatisfatório. Em outro momento, avaliou-se o nível de satisfação dos usuários, demonstrando estes terem poucas expectativas quanto aos serviços prestados nas unidades básicas de saúde. Num terceiro momento, verificou-se os aspectos associados às condições e relações dos trabalhadores, que demonstraram satisfação com carga horária e distribuição de tarefas. Em contraposição, constatou-se insatisfação geral quanto à remuneração salarial nas categorias profissionais avaliadas. Enfim, este estudo avaliativo demonstra ser coerente e com grande potencialidade como fonte de informação para reflexão, análise e acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação das Unidades Básicas de Saúde; Qualidade; Unidades de Saúde; PNASS em Unidades Básicas.

ABSTRACT

The Basic Attention is the 'preferential contact of users with health system, being oriented by universality, accessibility, continuity, integrality, responsibility, humanization, link, equity and social participation principles'. In this perspective, this study had as objective to evaluate the quality of services done in Health Basic Unities-HBU from municipal of Fortaleza. It used evaluative instruments developed by National Program of Evaluation of Health Services-NPEHS/MS, adapting them the peculiarities of assistance done in HBU, focusing, in first moment, the performance of Unities regarding the accomplishment of patterns of conformity, obligatory, necessities and recommendable, that guides the assistance to health in its diverse complexities. The unities evaluated gotten high levels of non-accomplishment of patterns, with performance average non-satisfactory. In other moment, evaluated the level of satisfaction of users, demonstrating these had few expectations regarding the services done in basic unities of health. In third moment, it verified that aspects associated to conditions and relations of workers that demonstrated satisfaction with work time and distribution of tasks. In counterpart, it noticed general non-satisfaction regarding wage income in categories professional evaluated. Thus, this evaluative study demonstrates to be precise and with great potentiality as source of information to reflection, analysis and accompanying of actions of health developed in Health Unities.

Keywords: Evaluation of Basic Unities of health; Quality; Health Unities; PNASS in Basic Unities

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição por Secretaria da existência de responsável substituto à coordenação da UBS e Categoria profissional.....	42
Tabela 2:	Demanda, usuário e sociedade – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	44
Tabela 3:	Gestão de pessoas – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	45
Tabela 4:	Gerenciamento de risco – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	46
Tabela 5:	Gestão de Infra-estrutura física – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	47
Tabela 6:	Gestão de equipamentos – padrões de conformidades das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	48
Tabela 7:	Gestão de materiais – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	49
Tabela 8:	Higiene do ambiente e processamento de roupas. Fortaleza-CE, 2008.....	50
Tabela 9:	Atenção à saúde – padrões de conformidades das unidades. Fortaleza-CE, 2008.....	51
Tabela 10:	Atenção em regime ambulatorial – padrões de conformidade. Fortaleza-CE, 2008.....	52
Tabela 11:	Distribuição padrões Imprescindível – I /SER. Fortaleza-CE, 2008.....	54
Tabela 12:	Distribuição dos padrões Necessários – N /SER. Fortaleza-CE, 2008.....	55
Tabela 13:	Distribuição dos Padrões Recomendáveis – R/SER – roteiro de padrão de conformidade. Fortaleza-CE, 2008.....	56
Tabela 14:	Distribuição do nível de escolaridade dos usuários por SER. Fortaleza-CE, 2008.....	64
Tabela 15:	Grupo etário dos usuários entrevistados por SER. Fortaleza-CE, 2008.....	65
Tabela 16:	Distribuição dos usuários por grupo etário X SER. Fortaleza-CE, 2008.....	65
Tabela 17:	Distribuição das especialidades das consultas marcadas pelos usuários por SER. Fortaleza-CE, 2008.....	66
Tabela 18:	Tempo destinado pelos usuários para marcação das consultas X SER. Fortaleza-CE, 2008.....	66
Tabela 19:	Para quando foi marcada a consulta pelos usuários. Fortaleza-CE, 2008.....	67
Tabela 20:	Nível de satisfação dos usuários quanto ao tempo destinado para marcar consulta X SER. Fortaleza-CE, 2008.....	69
Tabela 21:	Limpeza dos ambientes das UBS na visão dos usuários X SER. Fortaleza-CE, 2008.....	69
Tabela 22:	Nível de conforto das Unidades na visão dos usuários. Fortaleza-CE, 2008.....	70
Tabela 23:	Expectativas dos usuários quanto às unidades de saúde. Fortaleza-CE, 2008.....	71
Tabela 24:	Expectativas dos usuários quanto às Unidades: Filgueiras Lima	

e Waldemar de Alcântara. Fortaleza-CE, 2008.....	71
Tabela 25: Distribuição dos trabalhadores avaliados por sexo e grupo etário. Fortaleza-CE, 2008.....	72
Tabela 26: Distribuição dos trabalhadores avaliados por profissão e nível de escolaridade. Fortaleza-CE, 2008.....	73
Tabela 27: Distribuição dos trabalhadores avaliados por vínculo de trabalho e carga horária. Fortaleza-CE, 2008.....	73
Tabela 28: Como os profissionais consideram a carga horária de trabalho nas Unidades de Saúde. Fortaleza-CE, 2008.....	74
Tabela 29: Dimensionamento da equipe de saúde na opinião dos trabalhadores X SER. Fortaleza-CE, 2008.....	74
Tabela 30: Satisfação dos trabalhadores quanto à distribuição das tarefas por SER. Fortaleza-CE, 2008.....	74
Tabela 31: Distribuição geral quanto ao dimensionamento da equipe e distribuição das tarefas. Fortaleza-CE, 2008.....	75
Tabela 32: Segurança para execução do trabalho na opinião dos trabalhadores por SER. Fortaleza-CE, 2008.....	75
Tabela 33: Condições de acomodações e mobiliários das UBS na opinião do trabalhador X SER. Fortaleza-CE, 2008.....	76
Tabela 34: Expectativas dos trabalhadores quanto às unidades básicas. Fortaleza-CE, 2008.....	78
Tabela 35: Expectativas dos trabalhadores quanto às unidades: Filgueiras Lima e Waldemar Alcântara. Fortaleza-CE, 2008.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Distribuição das Unidades / SER. Fortaleza-CE, 2008.....	40
Gráfico 2:	Categoria profissional dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Fortaleza-CE, 2008.....	41
Gráfico 3:	Padrões imprescindíveis atingidos nas Unidades Básicas de Saúde. Fortaleza-CE, 2008.....	53
Gráfico 4:	Percentual de cumprimento dos padrões imprescindíveis por Secretaria Executiva Regional (SER). Fortaleza-CE, 2008.....	54
Gráfico 5:	Distribuição dos itens (I, N, R) avaliados por regional. Fortaleza-CE, 2008.....	57
Gráfico 6:	Nível de desempenho das UBS – SER I. Fortaleza-CE, 2008.....	57
Gráfico 7:	Nível de desempenho das UBS – SER II. Fortaleza-CE, 2008.....	58
Gráfico 8:	Nível de desempenho das UBS – SER III. Fortaleza-CE, 2008.....	58
Gráfico 9:	Nível de desempenho das UBS – SER IV. Fortaleza-CE, 2008.....	60
Gráfico 11:	Nível de desempenho das UBS – SER VI. Fortaleza-CE, 2008.....	60
Gráfico 12:	Desempenho geral das unidades avaliadas de acordo com pontuação/SER. Fortaleza-CE, 2008.....	60
Gráfico 13:	Histograma do desempenho das unidades de saúde/roteiro de padrões de conformidade. Fortaleza-CE, 2008.....	61
Gráfico 14:	Histograma da frequência acumulada pelo nível de desempenho das unidades básicas de saúde. Fortaleza-CE, 2008.....	62
Gráfico 15:	Desempenho (<i>outline</i>) das UBS. Fortaleza-CE, 2008.....	63
Gráfico 16:	Nível de escolaridade dos usuários. Fortaleza-CE, 2008.....	64
Gráfico 17:	Nível de satisfação dos usuários em relação ao serviço. Fortaleza-CE, 2008.....	68
Gráfico 18:	Distribuição da satisfação do trabalhador, quanto as relações de trabalho. Fortaleza-CE, 2008.....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAGECE	– Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CEVISA	– Cédula de Vigilância Sanitária e Ambiental
CHESF	– Companhia Hidroelétrica de São Francisco
CME	– central de material e esterilização
COELCE	– Companhia de Eletricidade do Ceará
COMCISS	– Comissão Municipal em Controle de Infecção em Serviços de Saúde
DERAC	– Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DNI	– diretoria de nível intermediário
EPC	– equipamentos de proteção coletivo
EPI	– equipamentos de proteção individual
IBGE	– Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
JCAH	– <i>Joint Comission of Accreditation of Hospitals</i>
MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Norma Operacional de Assistência à Saúde
PIB	– Produto Interno Bruto
PNASH	– Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	– Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNASS	– Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNHAH	– Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SER	– Secretaria Executivas Regionais
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidades Básicas de Saúde
UECE	– Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	19
3.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – relato histórico e conceitos.....	22
3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	25
3.4 O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
3.5 CARACTERÍSTICAS DA CIDADE DE FORTALEZA.....	29
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	34
4.4.1 Instrumento I: roteiro de padrão de conformidade.....	34
4.4.2 Instrumento II: pesquisa de satisfação do usuário.....	35
4.4.3 Instrumento III: pesquisa das condições e relações do trabalho.....	35
4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	35
4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	36
4.7 COMPOSIÇÃO DO BANCO DE DADOS.....	37
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	37
4.9 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	39
5 RESULTADOS.....	40
5.1 ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE.....	40
5.1.1 Bloco I – gestão organizacional.....	41
5.1.2 Bloco II – apoio técnico e logístico.....	45
5.1.3 Bloco III – gestão da atenção à saúde.....	50
5.1.4 Avaliação dos itens por classificação – roteiro de padrões de conformidade.....	52
5.1.5 Desempenho geral das unidades de saúde.....	57
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	63
5.2.1 Características dos usuários entrevistados.....	63
5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO	72
6 DISCUSSÃO	79
7 CONCLUSÕES	86

REFERÊNCIAS	87
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	89
APÊNDICES	93
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
APÊNDICE B: CARTA DE ESCLARECIMENTO PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA	95
APÊNDICE C: TABELAS DE FREQUÊNCIAS – BANCO: USUÁRIOS.....	96
APÊNDICE D: TABELAS DE FREQUÊNCIAS – BANCO: TRABALHADORES..	102
ANEXOS.....	107
ANEXO A: INSTRUMENTO AVALIATIVO I: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA (PNASS/MS)	108
ANEXO B: INSTRUMENTO AVALIATIVO II: PESQUISA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS	113
ANEXO C: INSTRUMENTO AVALIATIVO III: PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DOS TRABALHADORES	115
ANEXO D: DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	116
ANEXO E: MAPA: DISTRIBUIÇÃO TOPOGRÁFICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Secretaria Executiva Regional – SER.....	121
ANEXO F: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE.....	122

1 INTRODUÇÃO

Avaliação segundo Aurélio Buarque é o ato de avaliar, valor determinado pelos avaliadores, estimativa. Alguns autores afirmam que avaliação é um julgamento profissional, para outros é uma forma de investigação ou mensuração.

Na área de saúde, a avaliação é tão antiga quanto as instituições e serviços prestados, e consiste em estratégia fundamental no planejamento e gestão dos sistemas de saúde. A literatura demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos (GONZALES, 1984).

Conrandiopoulos *et al.* (1997) entende que avaliação “baseia-se fundamentalmente em 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”. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação é uma função de gestão e ao longo do tempo e das ciências seu conceito vem se modificando. Compreendendo a avaliação como julgamento de valor e orientação para tomada de decisão, podemos perceber que sua origem é tão antiga quanto a humanidade. O homem avalia as situações e opta por alternativas de forma empírica, guiado por instintos ou baseados em experiências, subjetivamente.

O caráter sistemático da avaliação toma corpo somente em 1930 por ocasião da grande depressão americana, com o trabalho desenvolvido por Tyler e Smith, avaliando um programa de educação.

A avaliação sistemática foi tomando fôlego e já nos anos da década de 1950 estava sendo utilizada tanto por países desenvolvidos quanto por países em desenvolvimento.

Nos anos 1960, a prática da avaliação sistemática sofreu nova expansão com a aplicação do método nas áreas de educação e saúde.

A contemporaneidade encontra a avaliação não só como instrumento para verificar a efetividade de programas, mas utilizada também com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços. A avaliação concentra a necessidade de auxiliar o processo de gestão, tornando-o mais racional e efetivo possível. A atenção à saúde, tanto pela abrangência de cobertura como pela complexidade de suas ações ou intervenções, requer de seus gestores, tomadas de decisões que beneficiem maior número de usuários, com resultados eqüitativos com mesmos recursos disponíveis.

Faz-se, necessário definir claramente o objetivo da avaliação, que deve ser feita tendo como beneficiário final o cliente/usuário do serviço. Esta característica faz com que a avaliação se torne um campo de trabalho propício para aplicação transdisciplinar dos conhecimentos existentes em áreas como Epidemiologia, Administração, Ciências Médicas, etc. A transdisciplinaridade é compreendida como o meio pelo qual a avaliação pode ser empregada de forma a buscar coletivamente soluções. Tenta-se, então, alcançar a complexidade que é avaliar serviços, práticas e ações desenvolvidos no campo da saúde.

Entende-se que a área de saúde é um campo fértil para os métodos avaliativos que permitam estudar os resultados de ações implementadas bem como para orientar na tomada de decisão sobre que ações são necessárias.

Donabedian (1990) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir de conceitos de estrutura, processos e resultados, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções de teoria geral de sistemas: *input-process-output*.

Para melhor compreensão, entende-se estrutura como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. Por outro lado, processo é referente a atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes com base em padrões aceitos. A análise pode ser feita sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. Já o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas.

Para cumprir os objetivos propostos nesse trabalho, a autora deter-se-á na questão dos processos que abrange as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os usuários.

É sobre essas relações que se obtém o resultado da assistência. Por isso, é de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da relação profissional/equipe de saúde/paciente. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que está ocorrendo pode ser considerado processo.

É mister entender a noção de qualidade. Aurélio Buarque relata que “qualidade é aquilo que caracteriza uma pessoa ou coisa e que a distingue das outras”.

Donabedian (1990) considera qualidade “um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade”.

Em 1991, esse mesmo autor definiu qualidade “como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de bom”.

A avaliação da qualidade implica um julgamento, cujo veredicto é baseado numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente.

A qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas. A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas em vários países do mundo como forma de se alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários. Entre os diversos aspectos relacionados ao cumprimento desse desafio, também no Brasil, o campo da qualidade no contexto da Atenção Primária em Saúde tem recebido uma atenção especial por parte do Ministério da Saúde que, considerando a relevância da avaliação na garantia da qualidade da atenção à saúde, constituiu a Comissão de avaliação da atenção básica, através da Portaria GM/MS nº 676 de 03.06.03. Esta apresenta o conceito de atenção básica como

sendo “um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade, utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social”.

O interesse em avaliar a atenção básica, especificamente, a assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza, surgiu com a participação da autora, em 2006, na avaliação de 85 Unidades Básicas de Fortaleza, tendo como instrumento o roteiro de inspeção da Célula de Vigilância Sanitária e Ambiental (CEVISA). Esta pesquisa teve como coordenadora Maria Madalena de Souza, da Comissão Municipal em Controle em Infecção em Serviços de Saúde (COMCISS), visando, prioritariamente, identificar os riscos quanto à assistência/estrutura das UBS. A partir dos resultados obtidos e pela relevância que estudos semelhantes trariam para melhoria das Unidades de Saúde, a autora ampliou a abrangência da avaliação, detalhando-se aos pilares da gestão, satisfação do usuário e condições/relações do trabalhador nas unidades básicas de saúde.

Considerando a relevância da Atenção Básica, especificamente os serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde, a autora se indaga: Qual o nível de qualidade dos serviços prestados à população, por essas unidades? Quais as condições de trabalho e como se dão as relações dos profissionais que desenvolvem suas atividades nesse setor? O usuário está satisfeito com o atendimento recebido? Espera-se com esse trabalho dar respostas a essas indagações e ser instrumento para provocar as melhorias que se fizerem necessárias para alcançar um padrão ótimo de atendimento em saúde, servindo como base para outros estudos, em outras áreas afins, como geoprocessamento em saúde, através o estudo das áreas de riscos, corroborando com adequações nas políticas públicas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde, segundo Secretaria Executiva Regional, do município de Fortaleza.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar o cumprimento dos padrões de conformidade instituídos pelo roteiro, definindo o nível de desempenho das unidades básicas de saúde;
- Analisar os resultados das avaliações das unidades entre as Secretarias Executivas Regionais, identificando suas peculiaridades;
- Definir o perfil sócio-cultural dos usuários que utilizam os serviços prestados nas unidades avaliadas, identificando o grau de satisfação e expectativas dos usuários quanto à assistência prestada;
- Definir o perfil sócio-profissional e condições de trabalho dos prestadores de serviços das unidades básicas de saúde, determinando o grau de satisfação em suas atividades laborais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O sistema de saúde brasileiro tem passado por grandes transformações funcionais e estruturais, em virtude das mudanças na política de saúde, decorrentes do processo de Reforma Sanitária, que conduziram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As lutas por uma reforma sanitária nacional - “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira” ou “Movimento Sanitário” – são intensificadas a partir do ano de 1980, diante de uma conjuntura de crise econômica mundial e de crise política das ditaduras, ainda persistentes em muitos países da América Latina.

A década de 1980/1990 foi de estancamento e de retrocesso econômico, sendo por isso, considerados por economistas como a “década perdida”, com grandes pressões da dívida externa e da inflação. Os gastos sociais foram reduzidos por causa das políticas de ajuste fiscal, cujas conseqüências foram a deterioração dos serviços públicos e da qualidade de vida, além de uma desaceleração importante na melhoria dos indicadores de saúde, com ampliação das desigualdades regionais (COHN, 1997).

A recessão econômica e a elevação dos custos da assistência à saúde provocaram uma grave crise financeira e organizacional na Previdência Social. Como conseqüência, ocorreu queda de qualidade da assistência médica nos serviços públicos, provocando insatisfações de diversos setores da sociedade, que passaram a incorporar a necessidade de uma reformulação do sistema nacional de saúde (BUSS, 1995).

Segundo Gerschman (2000), o processo de transição à democracia trouxe a emergência de novos atores. Um amplo debate perpassou a sociedade, sobre a possibilidade de reverter às desigualdades sociais alarmantes. Nesse período, fortifica-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, como proposta política para reformulação do setor saúde.

Na Constituição Nacional de 1988, o conceito de saúde foi ampliado e transformado em direito social de cidadania, quando foi estabelecido, no artigo 196, que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 91). As ações e serviços públicos de saúde devem constituir um sistema único que garanta um atendimento integral, organizado de forma regionalizada e hierarquizada; com descentralização e direção única em cada esfera de governo; e com participação da comunidade – art. 198 (BRASIL, 1988).

Nestes termos, como forma de garantir o direito à saúde, em 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica da Saúde, que reafirma as prerrogativas constitucionais e define as seguintes atribuições do novo Sistema Nacional de Saúde: a identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde; e a prestação de uma assistência integral para toda a população (BRASIL, 1990). Para tanto, são estabelecidos como alicerces fundamentais para a consolidação do sistema os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

O princípio da universalidade é a garantia do acesso irrestrito, igualitário e gratuito às ações e serviços para todas as pessoas; a integralidade significa considerar as pessoas como um todo, atendendo suas necessidades em todos os níveis de complexidade da assistência, com ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Por sua vez, o objetivo da equidade é reduzir as desigualdades, com ações prioritárias e maiores investimentos para os mais necessitados, visando à redução do risco de doença e outros agravos para alcançar maior justiça social.

Com a implantação do SUS, ao ser instituído o princípio da universalidade, foram eliminadas as barreiras formais, ampliando-se o acesso à saúde para toda a população, que passou a ter direitos até então restritos aos contribuintes da Previdência Social (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Entretanto, para que os princípios do SUS, que são intimamente interligados, possam ser concretizados efetivamente, torna-se necessária à redução das desigualdades regionais e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde,

para que estes sejam ofertados os mais próximos possíveis da população (CAMPOS, 1997; FALEIROS, 1997). Daí a necessidade da descentralização das ações de saúde e do poder de gestão para a esfera local, como estratégia para ampliação e organização do sistema de saúde (ANDRADE; PONTES; MARTINS JR., 2000), facilitando a participação da população na construção de modelos assistenciais eficazes e com maior justiça social.

Hortale, Pedroza e Rosa (2000) consideram que um sistema de saúde descentralizado permite maior acesso dos usuários. Deste modo, defendem uma associação entre as categorias acesso e descentralização. A primeira sendo um valor numa dimensão social, enquanto a outra, na dimensão política, sendo uma condição fundamental para melhorar o acesso ao sistema.

O SUS tem seu funcionamento organizado por um sistema de referência e contra-referência, cuja porta de entrada seria a Atenção Básica à Saúde. No âmbito SUS, a atenção básica é um conceito que corresponde à atenção primária de saúde, rompendo com a concepção que reduz esse nível de atenção a uma prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, com alcance reduzido, nível tecnológico baixo e de baixo índice de resolutividade dos problemas apresentados pela população (des)assistida.

A Comissão de avaliação da atenção básica que foi constituída pela Portaria GM/MS nº 676 de 03.06.03, apresenta o conceito de atenção básica como sendo “um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade, utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social”.

3.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – relato histórico e conceitos

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde revela que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços (GONZALES, 1984).

Reis *et al.* (1990) referem-se ao estudo acerca da avaliação da atenção médica, realizado pela OPAS – Organização Panamericana de Saúde, onde se verificou que o “uso da estatística e da avaliação científica dos cuidados médicos se desenvolveu lentamente, pois, em geral, não era considerado aspecto essencial da Medicina” (OPAS, 1978). Cita ainda em seu artigo que “talvez a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino/prática médica tenha sido relatório Flexner (1940), publicado em 1910”. Neste relatório, Flexner atenta para a necessidade de controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional.

Anos posteriores à publicação do relatório Flexner, Reis (1990) comenta a publicação em 1916, do clássico trabalho sobre avaliação dos serviços de saúde. Trata-se do trabalho de Codman, “A Study in Hospital Efficiency: the first five years”, que continha uma proposta metodológica de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. Este trabalho relatava, caso a caso, a que se poderia atribuir o sucesso ou o insucesso do tratamento, qual o momento em que se poderia ter uma avaliação definitiva do caso, e por fim, o que poderia ocorrer até mesmo um ano depois de terem sido realizadas as intervenções.

E foi sob forte influência do trabalho de Codman, que o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, realizando-se então, um estudo que registra que, entre aproximadamente 800 hospitais examinados com mais de 100 leitos, menos de 135 tinham um grau razoável de qualidade. Como consequência destas avaliações e dos estudos de Codman, criou-se em 1928, o Hospital Standardization Program, que é o embrião da *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* (JCAH) (REIS *et al.*, 1990).

O avanço tecnológico e a elevação do nível de complexidade da assistência à saúde, conseqüentemente os crescentes custos da atenção médica, impulsionaram à expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica.

Perez Arias e Feller (1983), discorrendo sobre custos, revelam que:

O incremento desenfreado dos custos ultrapassou o previsível e desejável, ainda que em países ricos. O gasto anárquico beneficia alguns setores e prejudica outros, sem que isto signifique maior eficácia. O aumento global dos custos e a incorporação de grande quantidade de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de enfermidades não têm dado, como resultado, a redução da morbimortalidade. A qualidade da atenção médica sofre uma evidente deterioração devido, entre outras causas, à diluição da responsabilidade que é transpassada e atomizada por numerosos atores intervenientes”.

Nas décadas de 1970 e 1980, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde baseavam-se em uma ou mais categorias propostas por Avedis Donabedian. Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e tendo como referencial a Teoria dos Sistemas (refere-se ao input-process-output dos sistemas). Donabedian sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado (REIS, 1990).

Donabedian (1978) publicou artigo referindo-se que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

Segundo Donabedian (1978),

o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Sonis (1984) propôs que os métodos de avaliação podem se dar através de avaliações administrativas, sem estudo especial, ou através de investigações avaliativas. Nas duas abordagens, as possibilidades de estudo são ainda aquelas

apontadas anteriormente, ou seja: estrutura, processo e resultado. Enquanto os estudos de estrutura se desenvolvem, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, os estudos de processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população.

Silver (1992) reforçando a necessidade rotineira de autoavaliação do sistema, priorizando a saúde e a análise das necessidades da população, menciona que:

O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar a sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública.

A avaliação de programas e serviços pode ser realizada de forma normativa ou formativa. Contrandiopoulos *et al.* (2006, p.34) refere que avaliação normativa “consiste em julgar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com os critérios e as normas”. Esta avaliação consiste numa medida comum nas organizações, devendo está sempre atrelada a ações de controle, monitoramento e programas de garantia de qualidade. A avaliação formativa, segundo Aires (2001), vai além da dimensão objetiva, voltando-se ao julgamento do sucesso prático.

Entender os antecedentes históricos da avaliação em serviços de saúde permite observar a estreita relação na busca de melhoria da qualidade prestada nestes serviços e em suas variadas complexidades, considerando a efetividade, eficiência e eficácia da atenção à saúde. Para Worthen, Sanders e Fitzpatrick (1997), qualquer discussão a respeito de qualidade traz, implícita ou explícita, a noção de avaliação. Assim, avaliação implica dizer o que está sob avaliação, com que critérios, por quem, a pedido de quem e qual foi o resultado.

A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e qualidade dos serviços prestados (NOAS-SUS 01/01). Esta Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foi um instrumento que ampliou as responsabilidades

dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência e criou mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS.

Certamente, com a implantação do Sistema Único de Saúde, especificamente com a municipalização, os gestores locais anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje de maneira genérica.

3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As reflexões sobre a humanização da assistência em saúde mostram-se relevantes no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, entre outros, demanda uma revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (DESLANDES, 2005).

No ano 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sendo no mesmo ano, incluído esta temática na 11ª Conferência Nacional de Saúde. A humanização passou a ser considerada um elemento a ser alcançado e defendido pelo SUS para a melhoria da qualidade da assistência.

Benevides e Passos (2005, p.562-563) citam que a “humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores”.

O Ministério da Saúde, no documento Humaniza SUS, enfatiza a importância da aproximação entre quem cuida (profissionais) e quem é cuidado (os clientes do SUS), onde a humanização vista como programa, implica em ser tomada como medida transversal, havendo troca de saberes, diálogo entre profissionais, trabalho em equipe e consideração aos desejos e necessidades dos atores sociais, sejam clientes ou profissionais (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, como movimento e mudança de atenção e gestão, sustenta-se nos princípios da indissociabilidade entre clínica e política e, conseqüentemente, entre atenção e gestão de processos de trabalho nas diferentes unidades de saúde; e na transversalidade, que tem o sentido de aumentar “[...] o grau de abertura comunicacional intra e intergrupos” (PASSOS, 2006).

A evolução científica e técnica dos serviços de saúde proporcionada pelo poder-fazer-humano não tem sido acompanhadas por um avanço correspondente na qualidade do contato humano, por isso, surgiu a necessidade de se falar de humanização no atendimento à saúde.

Os procedimentos médicos e a assistência prestada pelos profissionais de saúde, em sua maioria, desconsideram as necessidades psico-sociais dos usuários. Muitos são os comentários de que a “desumanização” poderia ser devido a falta de recursos materiais. Acredita-se que a causa esteja ou possa estar na conduta de cada trabalhador de saúde, seja na arrogância, prepotência, falta de sensibilidade, falta de vocação, entre outros.

A humanização da saúde pode ser conquistada através de um tripé básico para o atendimento do usuário. Em primeiro lugar o próprio cliente/paciente. Necessário se faz um acolhimento deste, respeitando suas características individuais, suas necessidades biopsicosociais. O segundo seria os profissionais/trabalhadores de saúde que recebem salários aviltantes, exercendo suas atividades com recursos escassos, estrutura física não adequada às suas necessidade de desempenho profissional. E finalmente, a falta de investimento em pesquisa e em material técnico-científico.

Os instrumentos de avaliação na área da saúde têm proporcionado aos profissionais a possibilidade de perceber o cuidado prestado sob a ótica do usuário, despertando às discussões sobre a assistência oferecida, aproximando-se da realidade.

Vaitsman e Andrade (2005) citam que a possibilidade de incorporar a percepção do usuário, na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade tornou-se um recurso essencial para promover a melhoria da qualidade.

Enfim entende-se, que humanizar a saúde é fortalecer comportamentos éticos, investir em arsenal técnico-científico, com cuidados dirigidos às necessidades existenciais dos pacientes.

3.4 O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde 1998, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários.

O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. Seu objetivo principal foi a avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A área de saúde mental teve um desdobramento específico por conta destes resultados, gerando impacto na gestão e financiamento dos leitos psiquiátricos.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DERAC) optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que possa ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde a partir de 2004, passando a denominá-lo PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS). Para a efetivação deste objetivo, criou-se um grupo de trabalho para a formulação deste novo programa, com representantes de diversas secretarias e autarquias do Ministério da Saúde, dentre os quais, Secretaria Executiva, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Secretaria de Gestão Participativa, coordenados pela Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA/DERAC/MS).

O Ministério da Saúde, sensibilizado pela necessidade de acompanhamento e avaliação da atenção prestada à saúde em seus diversos níveis, criou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) em

2004, um instrumento de apoio a Gestão do SUS no tocante à qualidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde. Em um primeiro momento priorizou-se a aplicação do PNASS, de forma censitária, nos hospitais gerais, especializados, obstétricos, unidades mistas, estabelecimento de saúde com serviços próprios de alta complexidade em oncologia e nefrologia.

O PNASS, em seu escopo, traz mudanças no modelo convencional de avaliar serviços de saúde, uma vez que permite a todos os sujeitos envolvidos no processo avaliativo, seja gestor ou prestador, conhecer toda base legal em que o Roteiro de Padrões de Conformidade foi embasado. Estes serviços de saúde serão avaliados sobre quatro dimensões: Padrões de Conformidade, Pesquisa de satisfação dos usuários, Pesquisa das condições e relações de trabalho e Indicadores de Produção permitindo assim, identificar as oportunidades de melhoria e o seu diferencial de qualidade na prestação de serviço à população brasileira.

O desenvolvimento do PNASS passou por várias fases distintas desde a elaboração dos instrumentos avaliativos, sua validação, capacitação das equipes que o aplicariam em estudo multicêntrico e por último, a análise.

O roteiro de padrões de conformidade do PNASS está dividido em vinte e dois (22) critérios, distribuídos em três blocos, gestão organizacional, apoio técnico e logístico e gestão da atenção à saúde. O PNASS define padrões de conformidade sentinelas, para avaliação dos critérios analisados. Estes padrões sinalizam risco ou qualidade, classificados como imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R). Em cada critério há dois itens para cada classificação, totalizando seis itens por critério.

Os padrões considerados como imprescindíveis são exigidos em norma e o não cumprimento destes acarreta riscos imediatos à saúde, havendo necessidade de intervenção urgente. Os itens classificados como necessários também são exigidos em normas e o não cumprimento acarreta riscos mediatos, havendo estabelecimento de prazo para a adequação. E finalmente, os padrões recomendáveis não estão descritos em normas, porém determinam um diferencial de qualidade na prestação de serviço.

O termo “Normas” descreve todas as legislações, manuais, portarias, resoluções e decretos em que o item foi baseado, neste caso apenas para itens imprescindíveis ou necessários, como citado anteriormente.

Quanto à comprovação dos itens a serem averiguados, é instituído uma ou mais técnicas de verificação, indicadas no roteiro, que pode ser a observação (O), feita no momento da avaliação da Unidade, a análise de documentação (D) ou análise de prontuários(P), se couber. Havendo a comprovação do cumprimento do item verificado, é atribuída uma marcação positiva, caso contrário, pontuação negativa.

A normalização com os critérios e padrões de referência são elementos relevantes na avaliação normativa da qualidade dos serviços de saúde, a que o PNASS se propõe. Rossi e Freeman (1985), citados por Conrandiopoulos *et al.* (1997, p.35), opinaram que “todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção”.

3.5 CARACTERÍSTICAS DA CIDADE DE FORTALEZA

Muito tempo há transcorrido desde que Matias Beck, comandante holandês, construiu o forte de Schoonenborch dando início à história de Fortaleza até os dias de hoje.

No século XIX, com a retirada dos holandeses, o forte foi rebatizado de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Anos depois o povoado foi elevado à condição de vila.

Ainda nesse século, surge a cultura algodoeiro e com a escassez desse produto na Inglaterra, houve a oportunidade de exportação para a Europa. Nesse período vemos a construção de alguns marcos históricos do nosso estado como o farol do Mucuripe, a Santa Casa de Misericórdia, o Seminário da Prainha, a Cadeia Pública, a Estrada de Ferro para Baturité e a Academia Cearense de Letras.

No século XX, com as grandes mudanças urbanas e o êxodo rural devido às grandes secas, Fortaleza torna-se a sétima cidade do Brasil em população. Na metade desse século, mais precisamente em 1954, foi criada a Universidade Federal do Ceará. Nas décadas de 50 e 60 houve um grande desenvolvimento econômico, culminando na década de 70 com a implantação do Distrito Industrial de Fortaleza. Já no final do século é notável o crescimento e o progresso da cidade, com aberturas de avenidas, construção de hospitais, espaços culturais, levando Fortaleza a ser um dos principais destinos turísticos do Nordeste e do Brasil.

Hoje, a loira desposada do Sol, como chamava em seus versos, o poeta Paula Ney, tem na sua região metropolitana, uma população de 3.436.515 habitantes (Censo 2006). Está localizada no litoral do Estado e está a uma altitude de 21 metros do nível do mar. O município tem uma área de 313,8Km² e uma população de 2.431.415 habitantes sendo a capital de maior densidade demográfica do país com 7.748,3hab./km². Nosso clima é tropical, com temperatura média anual de 26.5 graus centígrados. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,786, considerado médio e dentro do IDH do Brasil. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 8.309,00.

A energia consumida em Fortaleza é fornecida pelas hidrelétricas da Companhia Hidroelétrica de São Francisco (CHESF) e é distribuída pela Companhia de Eletricidade do Ceará (COELCE). O primeiro sistema de abastecimento de água data de 1866, utilizando-se as fontes do sítio Benfica e hoje esse serviço é prestado pela Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE). O sistema de esgotos começou a funcionar em 1927 e atualmente opera uma rede de 4.579.227 metros

O progresso e a seca fizeram a cidade inchar em população e hoje está entre as quatro mais populosas do país, ficando atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador. A consequência desse crescimento é o aumento da favelização. Dados do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) revelam que um terço da população de Fortaleza mora em favelas. Existem favelas em quase todos os bairros da cidade. No início dos anos 80 existiam 147 favelas. Esse número cresceu para 722 em 2003. Dados da defesa civil apontam que 92 áreas faveladas estão em situação de risco, sujeitas a alagamentos e inundações em período chuvoso.

O município de Fortaleza é administrado executivamente na figura do prefeito e é auxiliado pelas secretarias e outros órgãos da prefeitura. O poder legislativo é realizado na figura dos vereadores num total de quarenta e um, reunidos na Câmara Municipal de Fortaleza.

A administração da prefeitura passou por duas reformas importantes. A primeira ocorreu em primeiro de janeiro de 1997, com a lei 8.000 que dividiu a cidade em seis regiões – Secretarias Executivas Regionais (SER) – formadas individualmente por bairros circunvizinhos que apresentam semelhanças em termos de necessidades e problemas. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As Secretarias estão assim distribuídas, em bairros:

- SER I – Barra do Ceará, Cristo Redentor, Pirambu, Moura Brasil, Carlito Pamplona, Jacarecanga, Vila Velha, Farias Brito, Monte Castelo, Jardim Iracema, Alagadiço, Vila Ellery, Floresta, São Gerardo;
- SER II – Centro, Praia de Iracema, Praia do Meireles, Mucuripe, Vicente Pizon, Cais do Porto, Salinas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Cidade 2000, Cocó Dionísio Torres, Dunas, Papicú, Aldeota, Varjota, Praia do Futuro I e II, Joaquim Távora e São João do Tauape;
- SER III – Quintino Cunha, Presidente Kennedy, Parquelândia, Parque Nunes, Pici, Bela Vista, Amadeu Furtado, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Antônio Bezerra, Padre Andrade e Parque Araxá;
- SER IV – José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Demócrito Rocha, Couto Fernandes, Montese, Pan Americano, Serrinha, Itaoca, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê, Vila Peri, Parangaba;
- SER V – Genibaú, Conjunto Ceará, Granja Portugal, Maraponga, Prefeito José Walter, Parque São José, Granja Lisboa, Conjunto Esperança, Mondubim, Siqueira, Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Planalto Airton Sena, Canindé e Bom Jardim;
- SER VI – Alto da Balança, Aerolândia, Jardim das Oliveiras, Dias Macedo, Castelão, Mata Galinha, Cidade dos Funcionários, Edson Queiroz, Sapiranga, Coité, Alagadiço Novo, Messejana, Parque Manibura, Sabiaguaba, Lagoa

Redonda, Barroso, Jangurussú, Ancuri, Pedras, Paupina, Parque Dois Irmãos, Coaçu, Passaré, Cajazeiras, Cambeba, Curió, Guajirú, Parque Dois Irmãos.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a grande estratégia da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde. O PSF quer instituir um novo olhar sobre a saúde, deixando a limitação do diagnóstico e tratamento das doenças para uma visão mais ampla, acompanhando o histórico de saúde da gestação ao nascimento e desenvolvimento infantil, passando pelo ciclo familiar, enfatizando a promoção e a prevenção da saúde.

O PSF pretende abarcar a atenção básica, resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema de saúde de onde só serão encaminhados para os centros de referência, os pacientes com problemas de maior complexidade. A realização desse trabalho é em parte nas unidades de saúde e outra parte na própria comunidade.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo normativo, transversal, observacional e quantitativo com abordagem descritiva e analítica, de dados primários colhidos através da aplicação dos instrumentos avaliativos, do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde (MS).

4.2 CAMPO E PERÍODO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado nas unidades básicas de saúde inseridas nas seis áreas administrativas – Secretaria Executiva Regional (SER) do Município de Fortaleza, no período de setembro de 2007 a janeiro de 2008.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por oitenta e cinco unidades básicas de saúde, distribuídas entre os cento e quinze bairros da cidade e compreendendo as seis áreas administrativas: SER I (12 UBS), SER II (11 UBS), SER III (14 UBS), SER IV (11 UBS), SER V (18 UBS) e SER VI (19 UBS).

A amostra foi composta por trinta unidades básicas de saúde, estratificada proporcionalmente de acordo com a quantidade de unidades básicas de saúde existente em cada Secretaria Executiva Regional.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

4.4.1 Instrumento I: roteiro de padrão de conformidade

Foram incluídas todas as unidades que atenderam aos onze critérios estabelecidos pelo Roteiro de Padrão de Conformidade do PNASS. A unidade básica de saúde, que não contemplou o preenchimento de tais critérios, foi excluída e em seguida, realizado o sorteio de outra unidade de saúde pertencente à mesma Regional da UBS eliminada. Este evento ocorreu apenas uma vez com unidade da SER I.

Quadro 1: Roteiro de Padrões de Conformidade adaptado às UBS. Fortaleza-CE, 2008

BLOCOS	CRITÉRIOS	Nº ITENS
I. GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Liderança e Organização	06
	2. Demanda, Usuários e Sociedade.	06
	3. Gestão da Informação	05
	4. Gestão de Pessoas	06
II. APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	5. Gerenciamento de Risco	04
	6. Gestão da Infra-estrutura Física	06
	7. Gestão de Equipamentos	06
	8. Gestão de Materiais	04
	9. Higiene do Ambiente/Roupas	06
III. GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	10. Humanização da Atenção	04
	11. Atenção em Regime Ambulatorial	06

4.4.2 Instrumento II: pesquisa de satisfação do usuário

Foram incluídos na pesquisa usuários cadastrados nas unidades de saúde, sendo entrevistados os que tinham sido consultados momentos antes da entrevista.

Não participaram aqueles que aguardavam a marcação de consultas, familiares ou acompanhantes, exceto na Pediatria, que foram entrevistados os responsáveis pelos pacientes.

4.4.3 Instrumento III: pesquisa das condições e relações do trabalho

Participaram todos os profissionais das categorias: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes administrativos, que aceitaram os termos da pesquisa e que estiveram desempenhando as atividades na unidade. Dentre estas categorias, foram excluídos os que se encontravam de licença ou férias e aqueles que se recusaram.

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis do **Roteiro de Padrão de Conformidade** corresponderam aos itens verificados na entrevista ao coordenador, contendo apenas duas opções de respostas para cada item, sendo estas “sim”, quando o item era atendido, ou “não”, na ocorrência de inconformidade.

Os itens, também variáveis, analisados na **Pesquisa de Satisfação dos Usuários** contemplaram as principais e seguintes abordagens: agilidade no agendamento da consulta e no atendimento, acolhimento pelos profissionais, confiança, ambiência (que se refere ao conforto, limpeza, sinalização, ruído nas Unidades), marcas da humanização, gratuidade dos serviços e nível de expectativa dos usuários sobre a unidade.

As respostas possíveis no instrumento que contempla os usuários caracterizavam-se pela sua subjetividade, intensidade na mensuração, peculiar às opções quando se avalia a satisfação, percepção, entendimento e os sentimentos das pessoas (usuários). Estas foram:

- “Demorou muito/Demorou/ Demorou pouco, Não demorou”;
- “Muito satisfeito/ Satisfeito/ Insatisfeito ou Muito insatisfeito”;
- “Muito bom/ Bom/ Regular/ Ruim ou Muito ruim”;
- “Sim/ Não ou Não percebido”;
- “Sim/ Não ou Mais ou menos”;
- “Melhor que imaginava/ Igual ao que imaginava/ Pior que imaginava ou Não imaginava”.

As variáveis definidas pelo instrumento de **Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho** enfocaram o perfil do trabalhador, integração com equipe/chefia, satisfação, ambiência, expectativas, relações no trabalho etc. As respostas variavam:

- “Alta/Normal e Pouca”;
- “Muito bom/ Bom/ Regular/ Ruim ou Muito ruim”;
- “Sim ou Não”;
- “Sempre/ às vezes ou nunca”.

4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: formulário e questionário. Para preenchimento do Roteiro de Padrão de Conformidades, foi realizado entrevista com o gestor ou seu substituto, observações e verificação documental.

A aplicação do segundo instrumento avaliativo deste estudo sobre a Pesquisa de Satisfação dos Usuários utilizou, também, a técnica de entrevista. Definiu-se uma amostra de vinte (20) usuários/unidade, conforme sugerido pelo

PNASS/MS. Os usuários da amostra selecionada foram entrevistados logo após consultas médicas, em sua grande maioria, e de enfermagem.

Finalmente, o terceiro instrumento avaliativo foi a Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho, realizada através de questionário aos profissionais das classes: médica, enfermagem (enfermeiro, auxiliar/técnico) e administrativa, avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados. Os trabalhadores realizaram o preenchimento do questionário, preferencialmente, em local reservado, sem a necessidade de identificar-se e com a certeza de que as informações contidas seriam mantidas em sigilo e em segurança pelo avaliador.

A amostra dos trabalhadores foi variada, sendo definida de acordo com o quantitativo das categorias profissionais nas unidades, buscando-se atingir o máximo de preenchimento do instrumento, sendo excluídos apenas os profissionais que se encontravam de férias ou licença-doença no momento do estudo, e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

4.7 COMPOSIÇÃO DO BANCO DE DADOS

O banco de dados deste estudo foi constituído pelos cinquenta e nove (59) itens dos trinta (30) Roteiros de Padrões de Conformidade (PNASS), Agência Nacional Vigilância de Saúde (ANVISA), vinte e seis (26) itens das seiscentas (600) pesquisas de Satisfação dos Usuários e, finalmente, dos vinte e três (23) itens das quatrocentas e quarenta e cinco (445) Pesquisas das Condições e Relações de Trabalho. Cada critério define seus itens que sinalizam risco ou qualidade, quanto ao grau de relevância sendo classificados como Imprescindível (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R).

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram processados no software SPSS versão 16.0 for Windows e Microsoft Excell.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas e/ou gráficos. As variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio-padrão) quando aplicáveis. As variáveis categóricas foram expressas sob forma de percentuais e verificadas suas possíveis associações usando o teste Qui-quadrado, sendo fixado o nível de significância de 5%. A normalidade dos dados quantitativos foi verificada através da análise exploratória dos dados envolvendo o teste de Shapiro-Wilkis.

Para a análise dos dados colhidos pelo Roteiro de Padrão, os itens são classificados em imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R), de acordo com sua relevância quanto ao risco ou qualidade do serviço, e estes receberam escores, sendo calculado a pontuação obtida para cada unidade, atribuindo-se pontos para cada padrão existente cumprido. Desta forma, foram atribuídos três (3) pontos para padrões imprescindíveis, dois (2) para padrões necessários e um (1) ponto para padrões recomendáveis. O somatório de pontos foi dividido pelo número total de pontos possíveis para cada unidade, sendo o índice obtido (entre 0 e 1) multiplicado por 100 para melhor compreensão. Desse modo, obteve-se para cada unidade um percentual de pontos atingidos entre os possíveis (Desempenho da UBS).

$$\text{Desempenho da UBS} = \frac{(\text{I cumpridos} \times 3 + \text{N cumpridos} \times 2 + \text{R cumpridos})}{(\text{I aplicáveis} \times 3 + \text{N aplicáveis} \times 2 + \text{R aplicáveis})}$$

O índice de desempenho das UBS foi distribuído em cinco grupos (quintis), cada um contendo seis unidades de saúde. Na ocorrência de empate entre as unidades para distribuição nos grupos, o critério utilizado foi considerar, inicialmente, a unidade com maior número de cumprimento dos itens imprescindíveis; caso prossiga o empate, àquela com maior número de itens necessários e finalmente, os de maior cumprimento dos itens recomendáveis, se persistir o empate entre unidades.

As respostas de algumas variáveis foram reagrupadas, sintetizando a análise dos dados, da seguinte forma:

- “Muito bom” e “Bom” → “ Bom” ou “ Satisfatório”

- “Ruim” e “Muito ruim” → “Ruim” ou “Insatisfatório”

4.9 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o protocolo nº----- da FR -----. Para cada instrumento avaliativo preenchido/respondido foi assinado termo de consentimento de acordo com as partes entrevistadas – coordenador da unidade, usuário e trabalhador, tendo sido assegurado a total confidencialidade sobre os resultados obtidos.

5 RESULTADOS

Os dados apresentados nesse capítulo foram analisados de acordo com os conceitos descritos anteriormente. A análise ocorreu em três momentos de avaliação, privilegiando-se, inicialmente, os itens imprescindíveis(I), necessários(N) e recomendáveis(R) do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, seguido da avaliação da Pesquisa de Satisfação dos Usuários das Unidades da amostra estudada e, finalmente, a análise da Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho dos profissionais.

5.1 ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE

Foram analisados os dados de 30 unidades básicas de saúde (UBS), destas 4(13%) são da Secretaria Executiva Regional I (SER I), 4(13%) da SER II, 5(17%) da SER III, 4 (13%) da SER IV, 6(20%) da SER V e 7(24%) da SER VI (Gráfico 1).

O dimensionamento da amostra por SER ocorreu de acordo com o número de unidades que cada Secretaria abrange em sua área, mantendo a proporção em cerca de 30% do quantitativo geral das unidades, extraindo, então, uma amostra aleatória para a pesquisa.

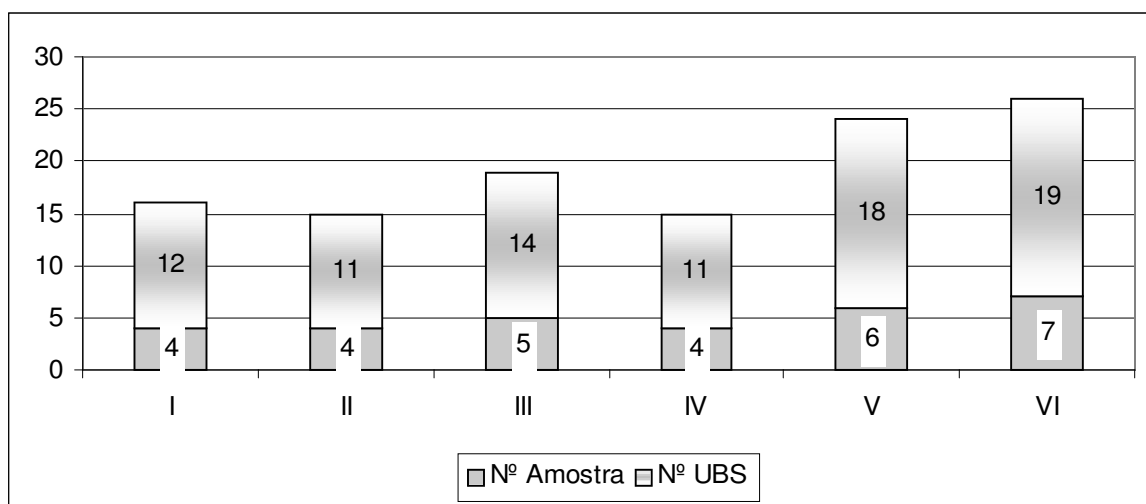


Gráfico 1: Distribuição das Unidades / SER. Fortaleza-CE, 2008

Para a análise dos padrões de conformidade, dividiram-se os critérios e itens em três blocos – **Gestão Organizacional, Apoio Técnico e Logístico e Gestão da Atenção à Saúde**, sendo os itens avaliados definidos de acordo com o risco ou qualidade que sinalizam, como imprescindíveis(I), necessários(N) e recomendáveis(R).

5.1.1 Bloco I – gestão organizacional

Os critérios avaliados neste bloco são: Liderança e Organização; Demanda, Usuários e Sociedade; Gestão da Informação e Gestão de Pessoas. Estes se subdividem em 19 (vinte) itens imprescindíveis (I), 19 (dezenove) necessários (N) e 20 (vinte) recomendáveis (R), totalizando 58 (cinquenta e oito) itens.

❖ Critério: liderança e organização

Quanto ao padrão imprescindível **Direção Técnica**, todas as unidades avaliadas estavam sob direção técnica de profissional habilitado e quanto a categoria profissional do coordenador, o enfermeiro obteve 15(50%), seguido por médicos 4(13%), administrador e terapeuta ocupacional com 3(10%), assistente social e fisioterapeuta com 2(7%) e dentista com 1(3%) (Gráfico 2).

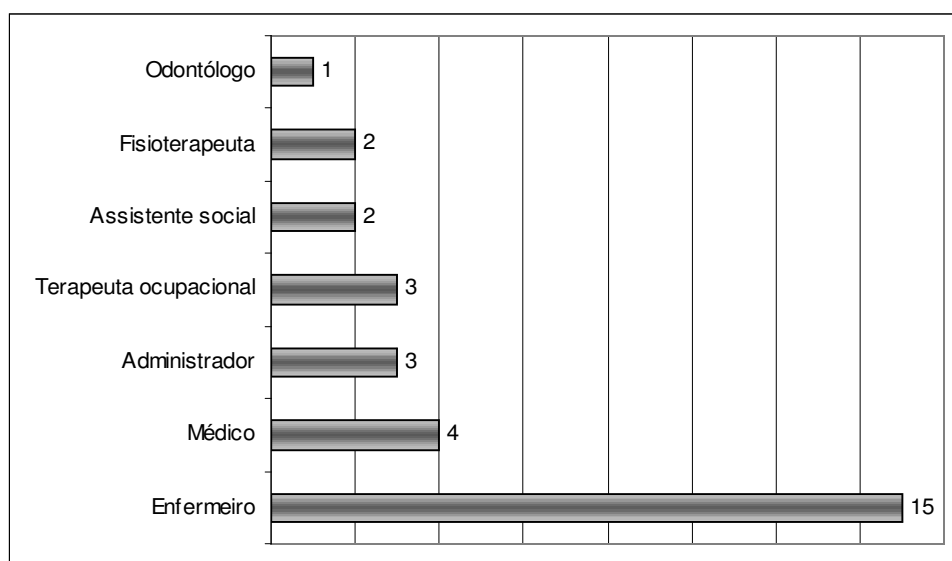


Gráfico 2: Categoria profissional dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Fortaleza-CE, 2008

Na verificação do item do imprescindível, **Existência de Responsável Substituto**, observou-se que a existência de pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento da Unidade ocorre em 96,7% da UBS. Estes profissionais, administrativos ou não, atuam como apoio ao coordenador da Unidade e a classificação funcional da diretoria de nível intermediário (DNI) – ocupa 82,8%(24/29) deste apoio administrativo. Apenas uma unidade, da SER III não dispõe de profissional de apoio (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição por Secretaria da existência de responsável substituto à coordenação da UBS e Categoria profissional

SER	Responsável substituto	Resposta	Categoria do substituto							
			DNI		Outros		Não há		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I		Sim	4	100	-	-	-	-	4	100
II		Sim	4	100	-	-	-	-	4	100
III		Sim	3	75	1	25	-	-	4	100
		Não	-	-	-	-	1	100	1	100
IV		Sim	1	25	3	75	-	-	4	100
V		Sim	6	100	-	-	-	-	6	100
VI		Sim	6	85,7	1	14,3	-	-	7	100

No critério liderança e organização, quanto ao item necessário **Mecanismo de Ética**, a abordagem quanto iniciativas implantadas ou em implantação sobre ética profissional (comitês, oficinas, reuniões) não foi cumprido em todas as unidades da amostra estudada 30 (100%).

O outro item, também necessário, trata sobre a **Existência de Normas e Rotinas**, sendo observado que 17(56,7%) das unidades não atingiram este padrão de conformidade, ou seja, não disponibilizavam manuais de normas, rotinas, competências etc., atualizados, disponíveis, de fácil acesso e em uso. A associação desta variável com a Regional que a unidade está inserida obteve significância estatística ($p = 0,029$).

Partindo para os padrões recomendáveis, quanto ao **Planejamento Estratégico Participativo**, as reuniões, citadas como “rodas de discussão/gestão”, que em algumas unidades ocorre semanalmente, e em outras quinzenalmente, servem como principal estratégia de envolvimento da equipe multiprofissional nas tomadas de decisões obtendo o cumprimento em 30(100%) das unidades. E para a **avaliação da produção e gastos**, que seria verificar o planejado X executado, dispondo de planilhas de metas e resultados, por exemplo, obteve-se 25(83,3%) de não atendimento deste item recomendado ($p = 0,087$).

❖ **Critério: demanda, usuário e sociedade.**

Na verificação do critério que aborda itens referentes à demanda, usuário e sociedade, observou-se que quanto à existência de método que garanta segurança e integridade física dos usuários/funcionários, 26(86,7%) das unidades avaliadas não atenderam a este padrão de conformidade, havendo significância estatística ($p = 0,05$) na associação deste item com a Regional.

Todas as unidades 30(100%) utilizavam os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção; 22(73,3%) divulgavam à sociedade seus serviços através de reuniões, murais, não havendo associação com SER ($p = 0,145$).

Quanto à disponibilização de canais de comunicação com os usuários, permitindo-os expressarem suas reclamações, opiniões como caixas de sugestão, apenas 7(23,3%) das unidades dispõem destes canais, não havendo associação desta variável com a Regional ($p = 0,301$).

A realização de Pesquisa de Satisfação com Usuários 25(83,3%) das Unidades não realizam, enquanto 22(73,3%) não envolvem ou colaboram com programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade. Ambas variáveis não têm associação com secretaria regional (Tabela 2).

Tabela 2: Demanda, usuário e sociedade – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	p
I	Métodos de segurança	sim	4	13,3	0,05
		não	26	86,7	
I	Dispõe serviço referência	sim	30	100,0	-
N	Divulga serviços e ações melhoria	sim	22	73,3	0,145
		não	8	26,7	
N	Canais de comunicação	sim	7	23,3	0,301
		não	23	76,7	
R	Pesquisa de satisfação do usuário	sim	5	16,7	0,339
		não	25	83,3	
R	Parceria com programa de qualidade	sim	8	26,7	0,80
		não	22	73,3	

❖ **Critério: gestão da informação**

Os padrões que são avaliados neste critério, existência de registros sistemáticos dos atendimentos obtiveram 28(93,3%) de cumprimento embora não haja associação significativa ($p = 0,644$) entre registros e SER. Quanto à guarda dos registros/prontuários mantendo a confidencialidade e integridade obteve-se cumprimento em 30(100%) das unidades. A notificação de doenças compulsórias foi cumprida em 30(100%) das unidades de saúde; quanto aos indicadores da atenção, relativos à assistência prestada nas Unidades, 23(76,7%), elas comparam e os analisam visando melhorar a qualidade dos serviços.

❖ **Critério: gestão de pessoas**

Quanto aos postos de trabalho das unidades, embora não haja significância estatística ($p = 0,472$) entre a associação das SER com postos completos de trabalho, verificou-se que 25(83,3%) das unidades não estavam com postos completos. Apenas 5(16,7%) da amostra referem-se completos, em conformidade com a finalidade e necessidade do serviço.

Em relação aos profissionais regulamentados e SER verificou-se que não existe associação entre elas ($p = 0,639$) e em 29(96,7%) das unidades, os profissionais de saúde estão registrados adequadamente nos seus respectivos conselhos de classe.

Os itens necessários deste critério, serviço de medicina do trabalho e controle dos acidentes ocupacionais, não são cumpridos em 30(100%) das unidades avaliadas. Para os recomendáveis, a existência de educação permanente e a realização de pesquisa que avalie satisfação e desempenho dos trabalhadores não são cumpridas em 27(90%) e 23(76,7%) das unidades. Para estas duas variáveis não há associação estatística quando comparadas com regionais (Tabela 3).

Tabela 3: Gestão de pessoas – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	<i>p</i>
I	Postos de trabalho completos	sim	5	16,7	0,472
		não	25	83,3	
I	Profissionais regulamentados	sim	27	90,0	0,639
		não	3	10,0	
N	Avaliação periódica medicina trabalho	não	30	100,0	-
N	Controle acidentes de trabalho	não	30	100,0	-
R	Política educação permanente	sim	3	10,0	0,232
		não	27	90,0	
R	Avaliação satisfação dos trabalhadores	sim	7	23,3	0,068
		não	23	76,7	

5.1.2 Bloco II – apoio técnico e logístico

❖ Critério: gerenciamento de risco

O controle da esterilização de artigos, instrumentais envolve métodos de monitorização física, química e biológica, requerendo documentação sistemática de

sua aplicação, tanto para assegurar a eficácia da esterilização utilizada no serviço quanto para a documentação das etapas do processo, e estes itens imprescindíveis, observados na central de material e esterilização (CME), não foi cumprido em todas as unidades de saúde 30(100%).

No tocante à garantia no fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC), 21(70%) unidades atendem a este padrão de conformidade, dispondo de mecanismos que garanta o uso destes equipamentos. Não há associação desta variável com a Regional em que se encontra a Unidade de Saúde.

Quanto ao controle de vetores, 27(90%) das unidades mantêm uma programação para desratização, desinsetização em parceria com respectiva SER, favorecendo ao cumprimento deste padrão necessário. Paralelamente ao controle de vetores, a implantação do plano de gerenciamento de resíduos nas unidades básicas de saúde consiste em medida recomendável, obtendo apenas 4(13,3%) de cumprimento do item (Tabela 4).

Tabela 4: Gerenciamento de risco – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	p
I	CME monitora processos	não	30	100,0	-
N	Garantia de EPI	sim	21	70,0	0,647
		não	9	30,0	
N	Controle de vetores	sim	27	90,0	0,052
		não	3	10,0	
R	Plano de resíduos implantado	sim	4	13,3	0,205
		não	26	86,7	

❖ **Critério: gestão de infra-estrutura física**

A garantia na continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública foi cumprida em apenas 5(16,7%) das

unidades, pois estas dispõem de alternativas como poços, caixas d água ampliadas etc. Verificou-se que não existe associação significativa ($p = 0,343$) entre as variáveis SER e garantia de fornecimento de água. Apenas a SER I possui 2(50%) UBS com fornecimento de água garantido. Em nenhuma SER, 30(100%) há garantia do fornecimento de energia elétrica, quando da interrupção do fornecimento pela rede pública. No que concerne ao item segurança contra incêndio, 20(66,6%) unidades não atendiam a esta recomendação (Tabela 5).

Tabela 5: Gestão de Infra-estrutura física – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade		Nº	%	<i>p</i>
I	Garantia fornecimento de água	sim	5	16,7	0,343
		não	25	83,3	
I	Garantia fornecimento de energia	não	30	100,0	-
N	Manutenção predial corretiva	sim	16	53,3	0,124
		não	14	46,7	
R	Segurança contra incêndio	sim	10	33,3	0,128
		não	20	66,6	
R	Sinalização visível, fácil entendimento	sim	7	23,3	0,715
		não	23	76,7	

❖ Critério: gestão de equipamentos

Em relação a variável autoclave em condições de uso e SER verificou-se a não existência de associação significativa entre elas ($p = 0,417$). Observou-se, no entanto, que 17(56,7%) das unidades possuíam autoclave em condições adequadas de uso (período de funcionamento e a suficiência destes equipamentos para suprir a demanda).

Observou-se que a manutenção corretiva das autoclaves independe da SER a qual a unidade está inserida ($p = 0,495$). Verificou-se que 25(83,3%) das unidades afirmaram positivamente sobre a existência de manutenção corretiva, embora o índice de atendimento de manutenção preventiva seja de 93,3% (28UBS)

e o manuseio do equipamento seja feito por profissional qualificado em 90% dos casos (Tabela 6).

Tabela 6: Gestão de equipamentos – padrões de conformidades das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	p
I	Autoclave em condição de uso	sim não	17 13	56,7 43,3	0,417
I	Manutenção corretiva para autoclave	sim não	25 5	83,3 16,7	0,495
N	Autoclave tem registro	sim não	21 9	70,0 30,0	0,153
N	Manutenção preventiva para autoclave	sim não	28 2	93,3 6,7	0,525
R	Manuseio do equipamento por profissionais qualificados	sim não	27 3	90,0 10,0	0,232
R	Equipamentos inventariados	sim não	27 3	90,0 10,0	0,577

❖ **Critério: gestão de materiais**

No que se refere à gestão de materiais, observa-se que o item necessário, **Padronização e Seleção de Materiais** são atendidos em 93,3% das unidades, observando-se a normatização dos materiais realizada pela SER/Secretaria de Saúde do Município.

Apenas as unidades de saúde da SER VI, 7(100%) possuem armazenamento adequado de materiais. Enquanto, este armazenamento nas unidades da SER IV é de 1(25%). A associação entre as variáveis foi não significativa ($p = 0,108$), ou seja, o armazenamento adequado independe da SER (Tabela 7).

Tabela 7: Gestão de materiais – padrões de conformidade das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	<i>p</i>
I	Armazenamento adequado de materiais	sim	18	60,0	0,108
		não	12	40,0	
N	Padronização e seleção de materiais	sim	28	93,3	0,525
		não	2	6,7	
N	Mecanismo que garanta continuidade da atenção na falta materiais e medicamentos	sim	22	73,3	0,646
		não	8	26,7	
R	Medicamento em dose individual	sim	27	90,0	0,639
		não	3	10,0	

❖ **Critério: higiene do ambiente e processamento de roupas**

As unidades básicas de saúde dispõem, prioritariamente, de lençóis e batas descartáveis para utilização nas salas de exame (macas, colchões). Entretanto, persiste ainda pequeno enxoval de tecido para atender às necessidades na falta dos descartáveis. Observa-se, que 19(63,3%) unidades realizam a troca das roupas entre pacientes e apenas 10% delas mantém o manuseio adequado das roupas contaminadas.

Verificou-se a existência de produtos saneantes sem registro na ANVISA em 15(50%) das unidades; 27(90%) não dispõem de rotinas de limpeza e desinfecção, não contendo, ainda, em 30(100%) das Unidades Básicas de programa em educação permanente para serviço de higienização.

Quanto à habilitação de profissional e supervisionado em relação á diluição dos produtos saneantes usados na unidade, apenas 1(3,3%) informou existência deste profissional. Não há significância entre as variáveis ($p = 0,395$).

Apesar de não haver associação estatísticas entre variáveis, troca diária de roupas entre pacientes e SER ($p = 0,223$), verificou-se que existem 11 UNS que corresponde a 36,7% onde não são cumpridos estes padrões de conformidade. A SER I com 3(75%) das unidades e SER VI com 4 USB (57,1%) não atenderam a este padrão, sendo as de piores índices de cumprimento a este item (Tabela 8).

Tabela 8: Higiene do ambiente e processamento de roupas. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	<i>p</i>
I	Diluição de saneantes realiza por pessoa treinada	sim não	1 29	3,3 96,7	0,395
I	Realiza troca roupas, campos entre pacientes	sim não	19 11	63,3 36,7	0,223
N	Transporte e processamento de roupas com técnica (sem contato direto)	sim não	3 27	10,0 90,0	0,621
N	Rotina de limpeza/desinfecção registrada, supervisionados.	sim não	3 27	10,0 90,0	0,210
R	Saneantes têm registro ANVISA	sim não	15 15	50,0 50,0	0,930
R	Educação permanente em higienização	não	30	100,0	-

5.1.3 Bloco III – gestão da atenção à saúde

❖ Critério: humanização da atenção

O principal método implantado visando reduzir/minimizar o desconforto nas filas e tempo de espera com ampliação do acesso consiste no acolhimento com avaliação de risco em 27(90%) das unidades avaliadas. No entanto, não houve significância estatística ($p = 0,718$) entre as variáveis estudadas. Quanto à identificação dos profissionais das unidades através de crachás apenas 2 (6,7%) das unidades dispunham deste dispositivo de identificação dos funcionários, não havendo associação em relação a Regional ($p = 0,726$).

O item necessário avaliado neste critério tratou sobre a realização de ações pró-ativas que visam antecipar-se em identificar os possíveis problemas, obtendo 73,3% de cumprimento. Relataram que as ações pró-ativas ocorrem principalmente nas reuniões (“rodas”) e no acesso direto dos usuários com a coordenação da unidade (Tabela 9).

Tabela 9: Atenção à saúde – padrões de conformidades das unidades. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	<i>p</i>
I	Existem métodos para reduzir desconforto nas filas	sim não	27 3	90,0 10,0	0,718
I	Métodos que possibilitam o usuário a identificação dos profissionais (crachás)	sim não	2 28	6,7 93,3	0,726
N	Realiza ações pró-ativas para elevar grau de satisfação do usuário/funcionários	sim não	22 8	73,3 26,7	0,391
R	Mecanismo para institucionalizar política de humanização da gestão	sim não	27 3	90,0 10,0	0,718

❖ **Critério: atenção em regime ambulatorial**

Observou-se que 16(53,3%) das unidades não estavam aptas a prestar atendimento imediato aos usuários, com disponibilidade adequada de um local, equipamentos básicos e medicamentos.

Apenas uma unidade de saúde, pertencente a SER V, não apresenta enfermeiro na unidade durante todo o funcionamento. Não houve significância estatística ($p = 0,530$).

Entretanto, a presença do enfermeiro durante todo o período de funcionamento foi observado em 29(96,7%) das unidades.

A unidade de saúde deve promover à redução das filas, principalmente por meio do acolhimento com classificação de riscos e ampliação do acesso, sendo este item cumprido em 28(93,3%) das unidades, não havendo relevância estatística por regional ($p = 0,586$) (Tabela 10).

Tabela 10: Atenção em regime ambulatorial – padrões de conformidade. Fortaleza-CE, 2008

Classificação	Padrões de conformidade	Resposta	Nº	%	p
I	Ambulatório com equipamentos, medicamentos e O ₂	sim	14	46,7	0,079
		não	16	53,3	
I	Existe enfermeiro na unidade durante o período de funcionamento	sim	29	96,7	0,530
		não	1	3,3	
N	Gerencia fila ambulatorial	sim	28	93,3	0,586
		não	2	6,7	
N	Ações educativas para pacientes/família	sim	28	93,3	0,525
		não	2	6,7	
R	Retorno assegurado para pacientes	sim	30	100,0	-
R	A unidade estimula atuação da equipe no atendimento ao paciente	sim	30	100,0	-

5.1.4 Avaliação dos itens por classificação – roteiro de padrões de conformidade

❖ Itens imprescindíveis

Observou-se que os itens classificados como imprescindíveis – I no Roteiro de Padrão de Conformidade – o percentual geral de cumprimento foi de 60,7% após as avaliações das trinta Unidades Básicas de Saúde (Gráfico 3).

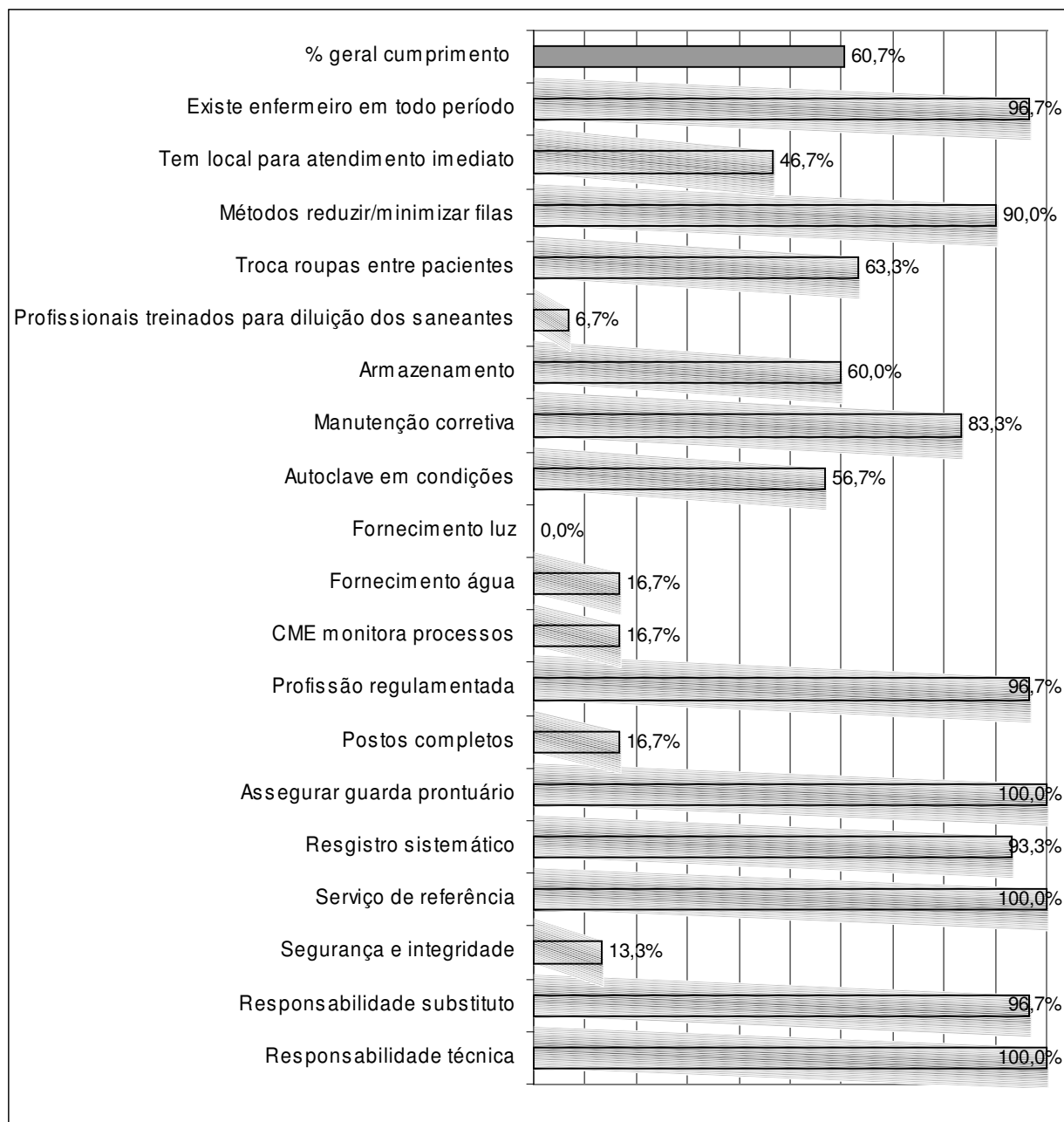


Gráfico 3: Padrões imprescindíveis atingidos nas Unidades Básicas de Saúde. Fortaleza-CE, 2008

Analisando-se a relação dos padrões imprescindíveis atendidos pelas Unidades/SER (Quadro 1), observa-se que as unidades de saúde da SER I atingiram 69,7% seguido das unidades da SER III (65,3%). Dentre os itens imprescindíveis avaliados, o item segurança e integridade física dos usuários e funcionários foi atingido em 75% das UBS da SER I, pois a grande maioria das unidades desta Regional já dispõe de segurança e vigilância adequadas (Tabela 11). Tabela 11: Distribuição padrões Imprescindível – I /SER. Fortaleza-CE, 2008

PADRÃO IMPRESCINDÍVEL (19 itens)	SER I Nº (%)	SER II Nº (%)	SER III Nº (%)	SER IV Nº (%)	SER V Nº (%)	SER VI Nº (%)	Total Nº (%)
Responsabilidade técnica	4 (100)	4 (100)	5(100)	4(100)	6(100)	7(100)	30 (100,0)
Responsabilidade substituta	4(100)	4(100)	4(80)	4(75)	6(100)	7(100)	29 (96,6)
Segurança e integridade	3 (75)	-	1(20)	-	-	-	4 (13,3)
Serviço de referência	4 (100)	4(100)	5(100)	4(100)	6(100)	7(100)	30 (100,0)
Registro sistemático	4 (100)	4(100)	4(80)	4(100)	6(100)	6(85,7)	28 (93,3)
Assegurar guarda prontuário	4 (100)	4(100)	5(100)	4(100)	6(100)	7(100)	30 (100,0)
Postos completos	-	1(25)	2(40)	1(25)	1(16,6)	-	5 (16,6)
Profissão regulamentada	4 (100)	4(100)	5(100)	4(100)	6(100)	6(85,7)	29 (96,6)
CME monitora processos	2 (50)	-	2(40)	1(25)	-	-	5 (16,6)
Fornecimento de água	2 (50)	-	1(20)	1(25)	1(16,6)	-	6 (20,0)
Fornecimento de luz	-	-	-	-	-	-	-
Autoclave em condições	3 (75)	2(50)	2(40)	2(50)	2(33,3)	6(85,7)	17 (56,6)
Manutenção corretiva	4(100)	3(75)	3(60)	3(75)	6(100)	6(85,7)	25 (83,3)
Armazenamento	3 (75)	2(50)	3(60)	1(25)	2(33,3)	7(100)	18 (60,0)
Profissionais treinados para diluição dos saneantes	-	-	2(40)	-	-	-	-
Troca roupas entre pacientes	1 (25)	4(100)	4(80)	3(75)	4(66,6)	3(42,8)	19 (63,3)
Métodos reduzir/minimizar filas	4 (100)	4(100)	5(100)	3(75)	5(83,3)	6(85,7)	27 (90,0)
Tem local para atendimento imediato	3 (75)	2(50)	4(80)	1(25)	-	4(57,1)	14 (46,6)
Existe enfermeiro em todo período	4 (100)	4(100)	5(100)	4(100)	5(83,3)	7(100)	29 (96,6)
Totais itens alcançados por SER	53	46	62	44	62	79	346
Totais itens máximos por SER	76	76	95	76	114	133	570
% Cumprimento	69,7%	60,5%	65,3%	57,9%	54,5%	59,4%	60,7

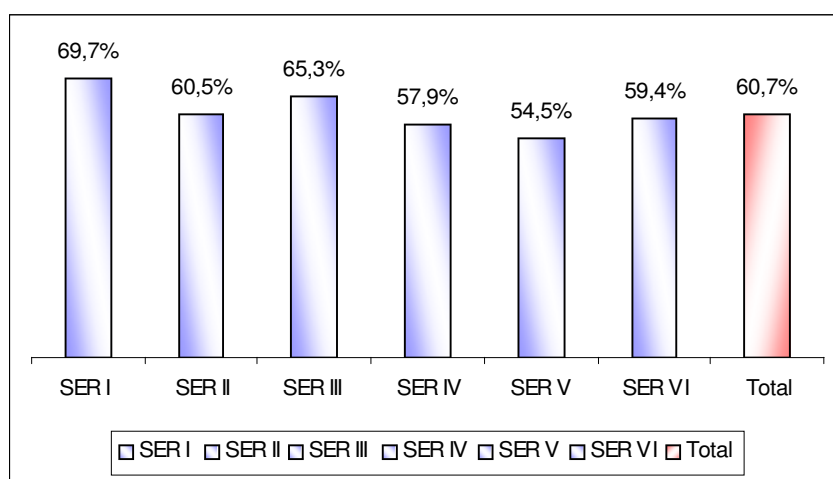


Gráfico 4: Percentual de cumprimento dos padrões imprescindíveis por Secretaria Executiva Regional (SER). Fortaleza-CE, 2008

Observou-se que as unidades da SER I obtiveram o maior percentual de cumprimento dos padrões imprescindíveis (69,7%), seguidas pela SER III (65,3%), SER II com 60,5%, SER VI (59,4%), SER IV (57,9%) e finalmente, SER V, com 54,5%. No geral, todas as unidades obtiveram 60,7%(346) dos itens imprescindíveis questionados.

❖ Itens necessários

Observou-se que os itens classificados como Necessários – N, no roteiro de padrão de conformidade – obteve 54,9% de índice de cumprimento geral, em todas as regionais, obtido pelas avaliações às trintas Unidades Básicas de Saúde (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos padrões Necessários – N /SER. Fortaleza-CE, 2008

PADRÃO NECESSÁRIO (19 itens)	SER I Nº (%)	SER II Nº (%)	SER III Nº (%)	SER IV Nº (%)	SER V Nº (%)	SER VI Nº (%)	Total Nº (%)
Garantia da ética	-	-	-	-	-	-	-
Normas definidas	1(25)	-	4(80)	4(100)	2(33,3)	2(28,6)	13 (43,3)
Divulga à sociedade	3 (75)	1 (25)	5 (100)	4 (100)	4 (66,6)	5 (71,4)	22 (73,3)
Dispõe canais comunicação	-	1 (25)	2 (40)	2 (50)	2 (33,3)	-	7 (23,3)
Notificação compulsória	4 (100)	4 (100)	5 (100)	4 (100)	6 (100)	7 (100)	30 (100)
Avaliação pelo SESMT	-	-	-	-	-	-	-
Controle de acidentes	-	-	-	-	-	-	-
Garantia EPI	2 (50)	4 (100)	4 (80)	1 (25)	4 (66,6)	4 (57,1)	19 (63,3)
Controle de vetores	4 (100)	4 (100)	5 (100)	4 (100)	6 (100)	4 (57,1)	23 (76,6)
Manutenção predial corretiva	1 (25)	1 (25)	1 (20)	3 (75)	5 (83,3)	5 (71,4)	16 (53,3)
Autoclave com registro	3 (75)	1 (25)	5 (100)	3 (75)	3 (83,3)	6 (85,7)	21 (70,0)
Manutenção preventiva autoclave	4 (100)	4 (100)	5 (100)	3 (75)	6 (100)	6 (85,7)	24 (80,0)
Padronização e seleção de produtos	4 (100)	4 (100)	5 (100)	3 (75)	6 (100)	6 (85,7)	28 (93,3)
Garantia continuidade na falta materiais	3 (75)	4 (100)	3 (60)	2 (50)	5 (83,3)	5 (71,4)	22 (73,3)
Manuseio roupas/transporte	1 (25)	4 (100)	4 (100)	3 (75)	4 (66,6)	3 (42,8)	19 (63,3)
Rotina limpeza registrada	-	-	2 (40)	-	-	1(14,3)	3 (10,0)
Identificação dos profissionais	-	-	-	-	1 (16,6)	1 (14,3)	2 (6,66)
Gerencia fila ambulatorial	4 (100)	4 (100)	4 (80)	4 (100)	5 (83,3)	7 (100)	28 (93,3)
Educação em saúde paciente/família	4 (100)	4 (100)	5 (100)	3 (75)	6 (100)	6 (85,7)	28 (93,3)
Total itens máximos por SER	76	76	95	76	114	133	570
Totais itens alcançados por SER	38	40	59	43	65	68	313
% Cumprimento	50,0%	52,6%	62,1%	56,6%	57,0%	51,1%	54,9%

❖ **Ítems recomendáveis**

Observa-se que os itens classificados como Recomendáveis – R, no roteiro de padrão de conformidade – a média de 56,8% destes foi obtida pelas avaliações das trinta Unidades Básicas de Saúde (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos Padrões Recomendáveis – R/SER – roteiro de padrão de conformidade. Fortaleza-CE, 2008

PADRÕES RECOMENDÁVEIS (20 itens)	SER I Nº(%)	SER II Nº(%)	SER III Nº(%)	SER IV Nº(%)	SER V Nº(%)	SER VI Nº(%)	Total Nº (%)
Planeja diretrizes de forma participativa	4 (100)	4 (100)	5 (100)	4 (100)	6 (100)	7 (100)	30 (100,0)
Avalia gastos planejados	-	-	-	-	-	-	-
Realiza pesquisa satisfação usuário	1(25)	-	4(80)	4(100)	2(33,3)	2(28,6)	13 (43,3)
Mantém programa qualidade vida com comunidade	3 (75)	1 (25)	5 (100)	4 (100)	4 (66,6)	5 (71,4)	22 (73,3)
Analisa indicadores da atenção	-	1 (25)	2 (40)	2 (50)	2 (33,3)	-	7 (23,3)
Dispõe informações gerenciais em relação controle de custos	4 (100)	4 (100)	5 (100)	4 (100)	6 (100)	7 (100)	30 (100,0)
Tem programa de educação permanente	-	-	-	-	-	-	-
Avalia satisfação trabalhador	-	-	-	-	-	-	-
PGRSS implantado	2 (50)	4 (100)	4 (80)	1 (25)	4 (66,6)	4 (57,1)	19 (63,3)
Garante segurança contra incêndio	4 (100)	4 (100)	5 (100)	4 (100)	6 (100)	4 (57,1)	27 (90,0)
Sinalizações dos ambientes visíveis	1 (25)	1 (25)	1 (20)	3 (75)	5 (83,3)	5 (71,4)	16 (53,3)
Equipamentos manuseados por profissionais qualificados	3 (75)	1 (25)	5 (100)	3 (75)	3 (83,3)	6 (85,7)	21 (70,0)
Inventário de equipamentos	4 (100)	4 (100)	5 (100)	3 (75)	6 (100)	6 (85,7)	28 (93,3)
Medicamentos individualizados	4 (100)	4 (100)	5 (100)	3 (75)	6 (100)	6 (85,7)	28 (93,3)
Saneantes registrados	3 (75)	4 (100)	3 (60)	2 (50)	5 (83,3)	5 (71,4)	22 (73,3)
Educação permanente em higienização	1 (25)	4 (100)	4 (100)	3 (75)	4 (66,6)	3 (42,8)	19 (63,3)
Ações pró-ativas	-	-	2 (40)	-	-	1(14,3)	3 (10,0)
Política humanização	-	-	-	-	1 (16,6)	1 (14,3)	2 (6,6)
Assegura retorno	4 (100)	4 (100)	4 (80)	4 (100)	5 (83,3)	7 (100)	28 (93,3)
Estimula equipe ao atendimento usuário	4 (100)	4 (100)	5 (100)	3 (75)	6 (100)	6 (85,7)	28 (93,3)
Totais itens máximos por SER	80	80	100	80	120	140	600
Totais itens alcançados por SER	42	44	64	45	71	75	341
% cumprimento	52,5%	55%	64%	56,3%	59,2%	53,6%	56,8

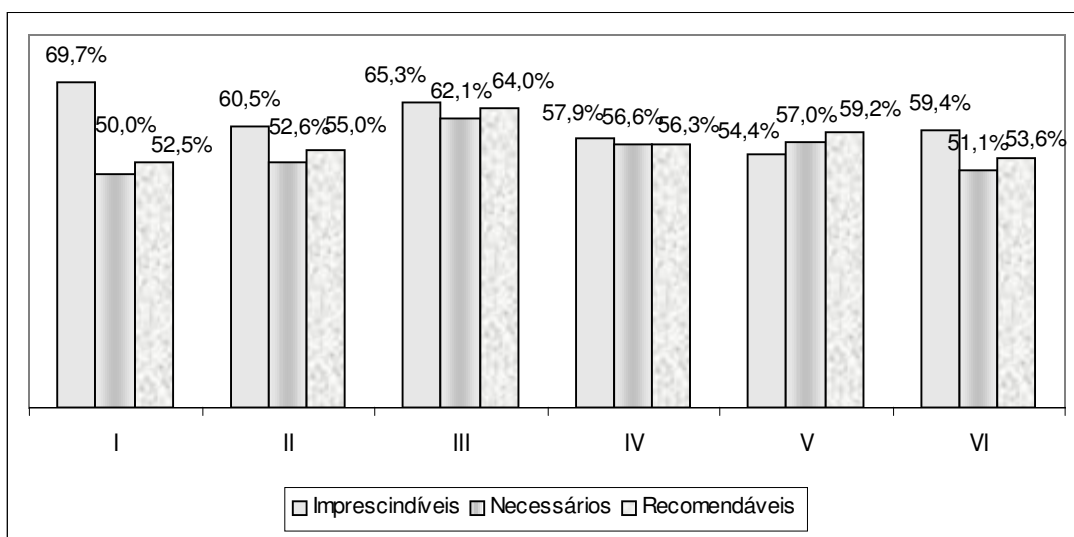


Gráfico 5: Distribuição dos itens (I, N, R) avaliados por regional. Fortaleza-CE, 2008

5.1.5 Desempenho geral das unidades de saúde

Observa-se nas figuras que se seguem, a avaliação de desempenho, por unidade básica de saúde em sua respectiva Regional, caracteriza-se pela pontuação dos itens imprescindíveis, necessários e recomendáveis cumpridos sobre a pontuação máxima idealmente esperada pelos itens avaliados.

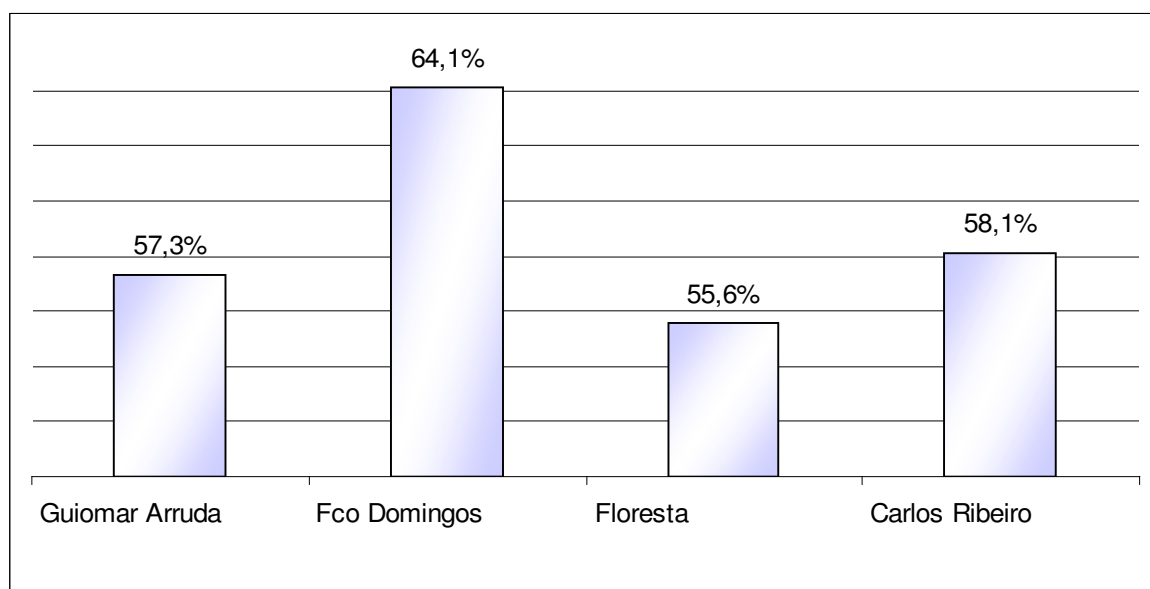


Gráfico 6: Nível de desempenho das UBS – SER I. Fortaleza-CE, 2008

Na amostra da SER I, o desempenho das Unidades Básicas de Saúde variaram de 55,6% a 64,1%. Este valor extremo superior foi alcançado pela Unidade de Saúde Francisco Domingos da Silva (Gráfico 6).

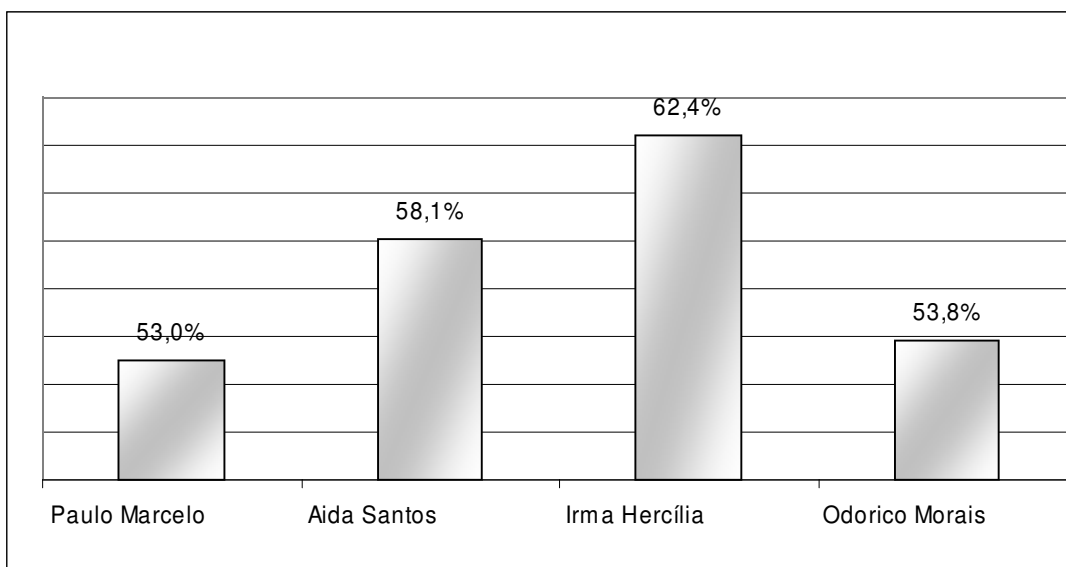


Gráfico 7: Nível de desempenho das UBS – SER II. Fortaleza-CE, 2008

Na SER II observa-se o maior desempenho da Unidade Irmã Hercília que obteve 62,4% como pontuação pelos dos itens cumpridos (Gráfico 7).

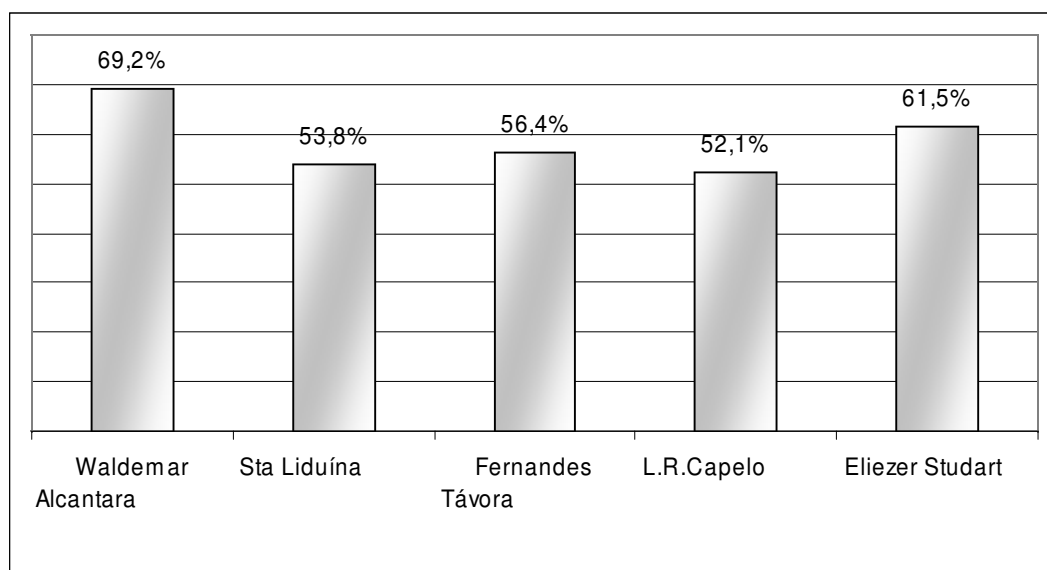


Gráfico 8: Nível de desempenho das UBS – SER III. Fortaleza-CE, 2008

Na SER III observa-se que as unidades Eliezer Studart e Waldemar de Alcântara pontuaram acima de 60%, sendo que a Unidade Waldemar de Alcântara obteve a maior pontuação de desempenho entre todas as unidades da amostra estudada (30 UBS) (Gráfico 8).

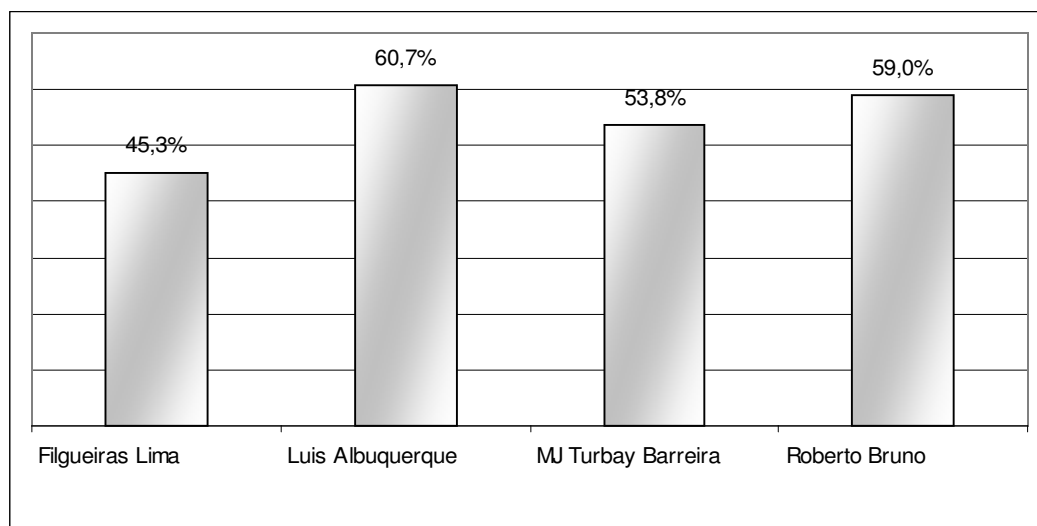


Gráfico 9: Nível de desempenho das UBS – SER IV. Fortaleza-CE, 2008

Na Ser IV encontra-se a unidade Filgueiras Lima que apresenta o menor índice de conformidades atendidas entre todas as regionais (Gráfico 9).

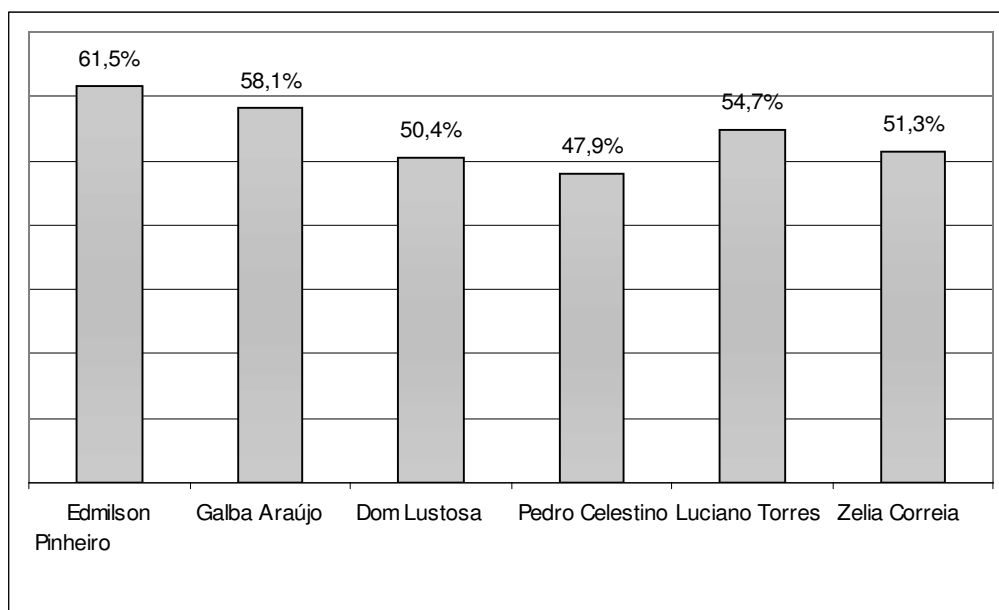


Gráfico 10: Nível de desempenho das UBS – SER V. Fortaleza-CE, 2008

Nota-se que na SER V encontram-se seis unidades e entre elas a UBS Edmilson Pinheiro se sobressaiu ao atingir 61,5% de desempenho dos itens avaliados no roteiro de padrão de conformidade (Gráfico 10).

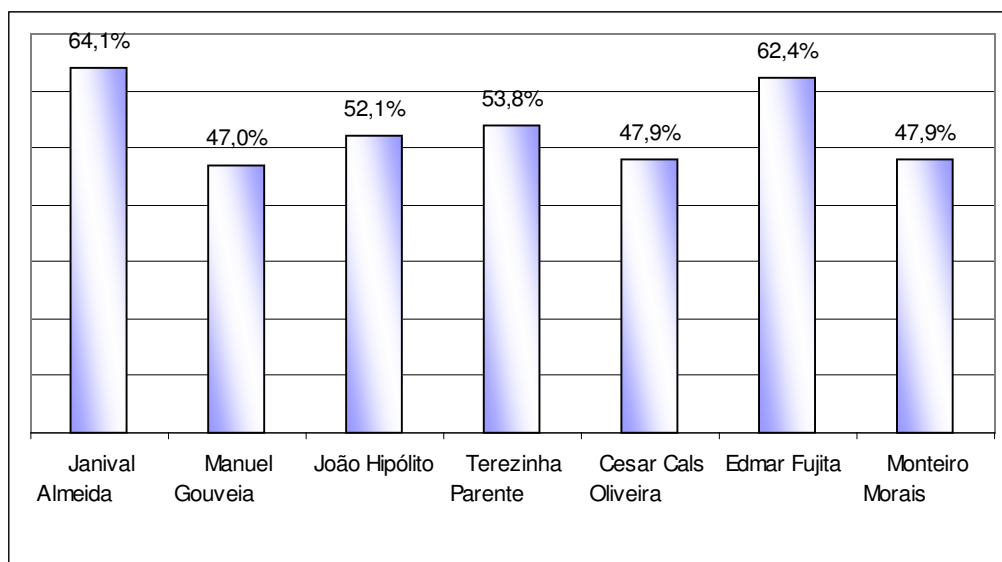


Gráfico 11: Nível de desempenho das UBS – SER VI. Fortaleza-CE, 2008

Com o maior número de unidades selecionadas, a SER VI apresenta-se com duas delas, a UBS Janival Almeida e a Edmar Fujita, alcançando um índice superior a 62% de nota de desempenho (Gráfico 11).

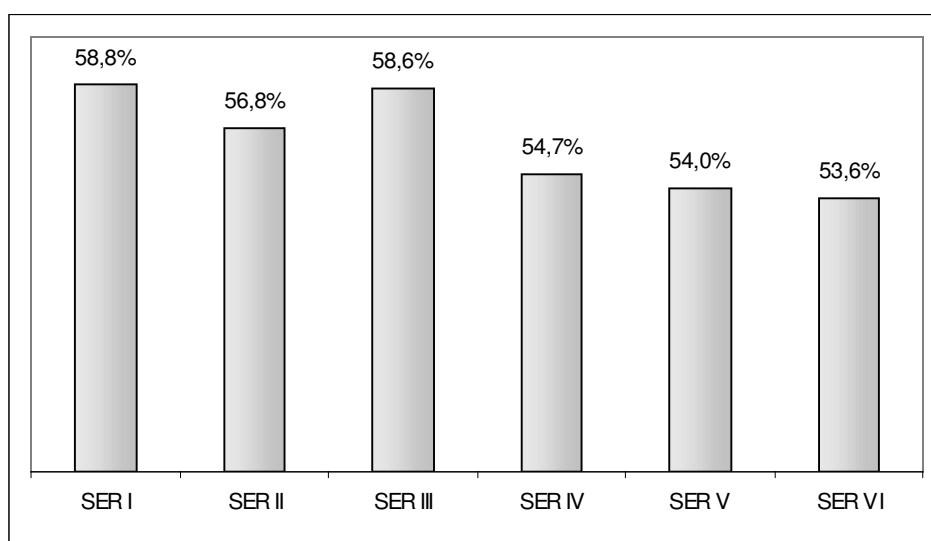


Gráfico 12: Desempenho geral das unidades avaliadas de acordo com pontuação/SER. Fortaleza-CE, 2008

Em termos percentuais de desempenho, observou-se que as regionais I e III apresentaram os percentuais em torno de 59%. Porém, observou-se que o desempenho das demais regionais decresce de 56,8% a 53,6%. Entende-se, pelos dados apresentados, que nenhuma delas alcançou um índice superior ou igual a 60% de conformidade com os padrões (Gráfico 12).

No Gráfico 13, apresenta-se o histograma do desempenho das unidades avaliadas, de acordo com cálculo das notas de desempenho em percentis. O desvio padrão obtido foi de 5,9% com um coeficiente de variação de 10,5%. Portanto, a medida mais representativa de tendência central foi a média aritmética ($x = 55,8\%$), devido os dados se apresentarem de forma homogênea. O grupo modal de desempenho oscilou entre 52,5% e 55%. Com uma confiabilidade de 95% encontrou-se um intervalo de confiança que contém a verdadeira proporção média de desempenho das UBS localizada entre 53,6% - 58,0%.

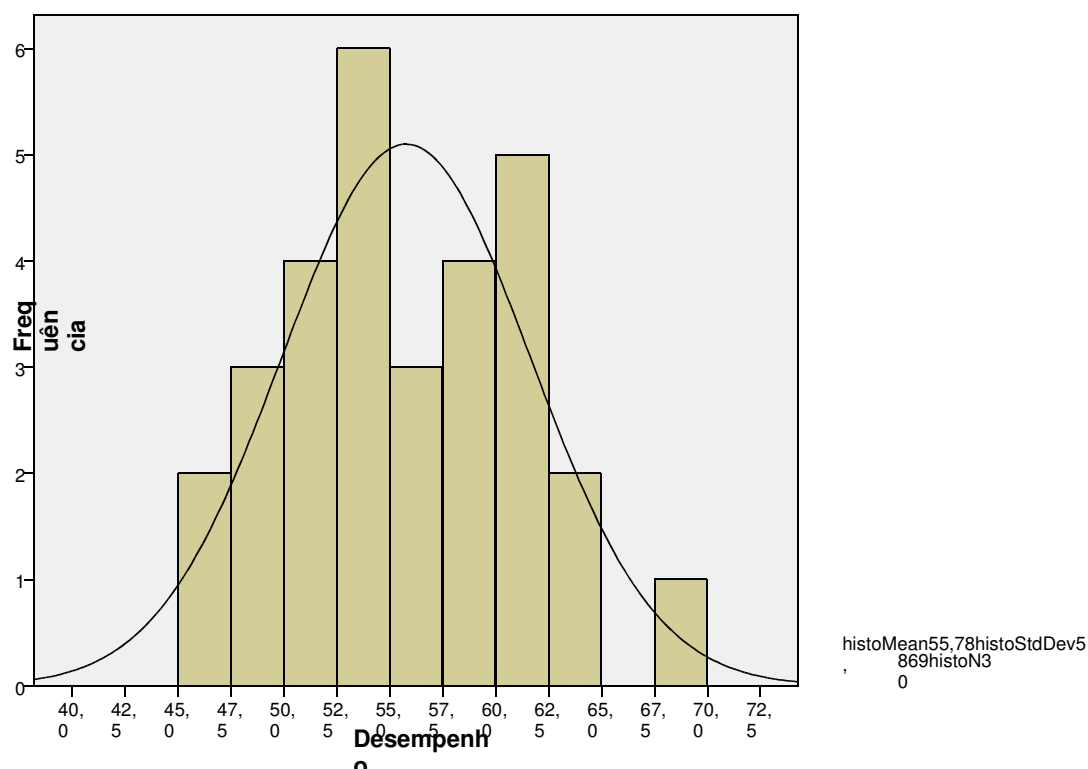


Gráfico 13: Histograma do desempenho das unidades de saúde/roteiro de padrões de conformidade. Fortaleza-CE, 2008

Classificando o índice de desempenho das UBS em quintis, verificou-se que 20% das UBS inferiores obtiveram desempenho abaixo de 52%, enquanto, 20% das UBS superiores apresentaram um percentual de desempenho superior acima de 60%. Estão inseridas dentre as 20% das Unidades com classificação de desempenho inferior: UBS Filgueiras Lima, Manuel Gouveia, César Cals Oliveira (Aerolândia), Monteiro de Moraes, Pedro Celestino e Dom Lustosa. Compreendem as 20% UBS com desempenho superior: Edmilson Pinheiro, Edmar Fujita, Irmã Hercília, Janival Almeida e Waldemar Alcântara (Gráfico 14).

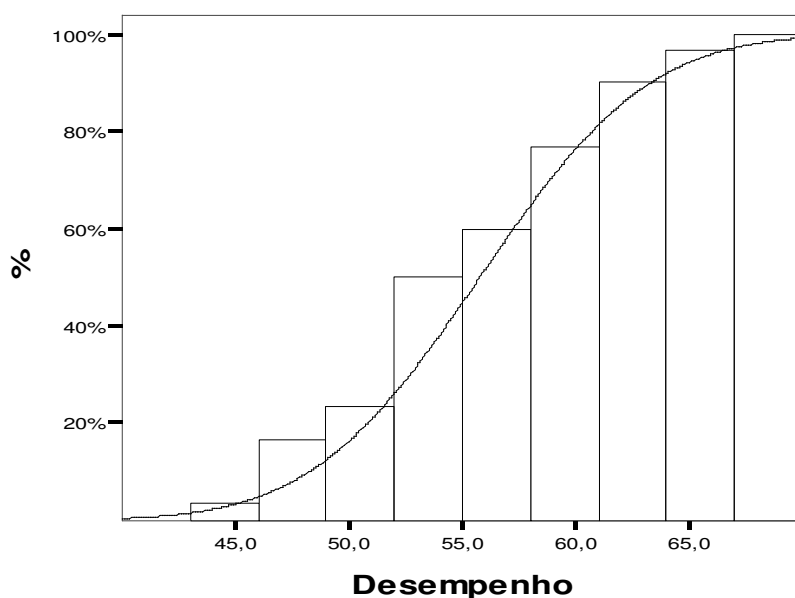


Gráfico 14: Histograma da frequência acumulada pelo nível de desempenho das unidades básicas de saúde. Fortaleza-CE, 2008

Observou-se neste conjunto de dados das unidades básicas de saúde que elas se apresentam normalmente distribuídas ao redor da média ($x = 55,8\%$) com apenas um valor *outlier* representado pela UBS Waldemar de Alcântara com nota de desempenho de 69,2% (Gráfico 15).

Gráfico : Desempenho (outline) das UBS - Fortaleza/Ce

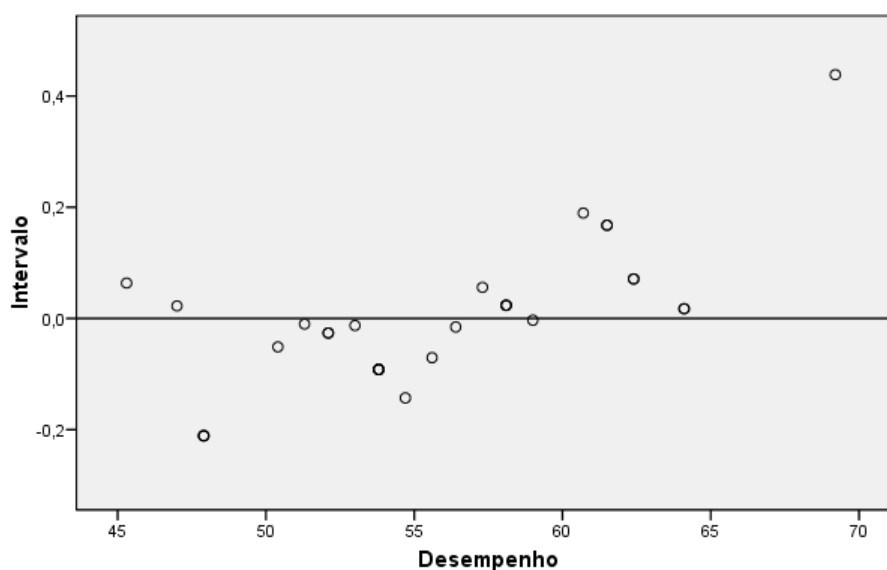


Gráfico 15: Desempenho (outlier) das UBS. Fortaleza-CE, 2008

Verificou-se que entre a melhor e pior UBS, a associação entre usuário/trabalhador com Regional não tem relevância estatística ($p = 0,792$). Da mesma maneira ocorreu para a associação do usuário/trabalhador com Unidade Básica de Saúde.

5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

5.2.1 Características dos usuários entrevistados

Foram aplicados vinte (20) questionários para cada unidade básica de saúde (UBS), totalizando seiscentos (600) usuários entrevistados. A distribuição por SER apresentou-se da seguinte forma: SER I com 4 UBS/80 usuários; SER II com 4 UBS/80 usuários; SER III com 5 UBS/100 usuários; SER IV com 4 UBS/80 usuários; SER V com 6 UBS/120 usuários e SER VI com 7 UBS/140 usuários.

Da amostra de 600 usuários, 534(89%) eram do sexo feminino, apenas 31(5,2%) se definiram analfabetos e menos de 1%, 5(0,8%) com nível superior;

sendo a quase totalidade do grupo 564(94%) possuíam o nível de escolaridade entre básico e médio (Gráfico 16).

Observou-se que os índices de nível básico (até 5º ano) em todas as Regionais variaram de 40,7% a 58% dos usuários entrevistados em cada SER (Tabela 14).

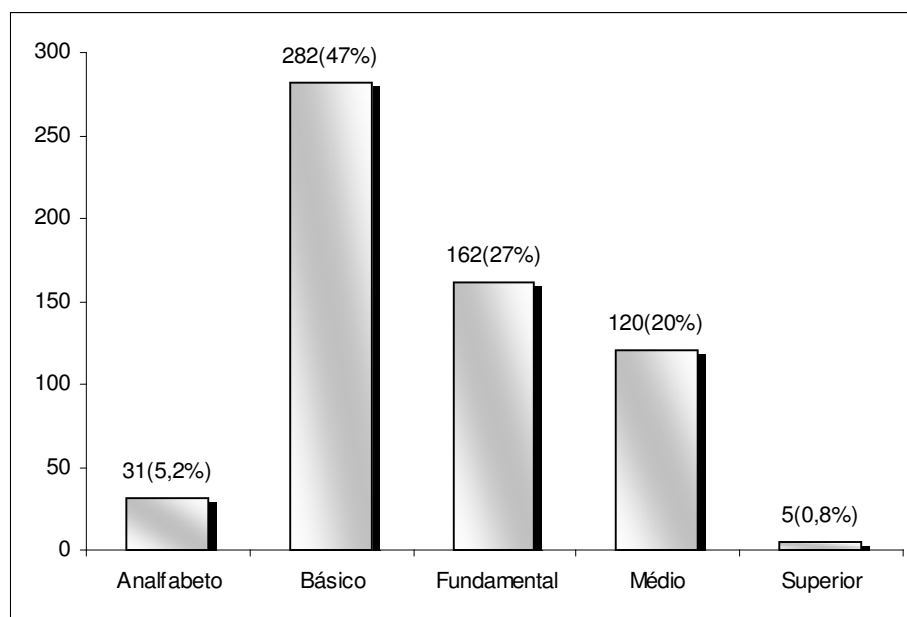


Gráfico 16: Nível de escolaridade dos usuários. Fortaleza-CE, 2008

Tabela 14: Distribuição do nível de escolaridade dos usuários por SER. Fortaleza-CE, 2008

Escolaridade	Secretaria Executiva Regional - SER											
	I		II		III		IV		V		VI	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	-	-	9	11,3	10	10,0	2	2,5	5	4,2	5	3,6
Básico	38	47,5	38	47,5	58	58,0	40	50,0	51	42,5	57	40,7
Fundamental	25	31,3	16	20,0	16	16,0	23	28,8	37	30,8	45	32,2
Médio	17	21,2	17	21,2	16	16,0	14	17,5	25	20,8	31	22,1
Superior	-	-	-	-	-	-	1	1,2	2	1,7	2	2,0
Total	80	100,0	80	100,0	100	100,0	80	100,0	120	100,0	140	100,0

Teste Qui-quadrado: $p = 0,021$

Tabela 15: Grupo etário dos usuários entrevistados por SER. Fortaleza-CE, 2008

Grupo etário (anos)	Secretaria Executiva Regional – SER											
	I		II		III		IV		V		VI	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
13 – 19	5	6,3	7	8,8	6	6,0	7	8,8	8	6,7	13	9,3
20 – 29	24	30,0	16	20,0	19	19,0	30	37,5	37	30,8	33	23,6
30 – 39	28	35,0	12	15,0	18	18,0	11	13,8	22	18,3	39	27,9
40 – 49	9	11,3	17	21,3	21	21,0	14	17,5	22	18,3	21	15,0
50 – 59	7	8,8	11	13,8	19	19,0	9	11,3	16	13,3	12	8,6
60 e +	7	8,8	17	21,3	17	17,0	9	11,3	15	12,5	22	15,7
Total	80	100,0	80	100,0	100	100,0	80	100,0	120	100,0	140	100,0

Teste Qui-quadrado: $p = 0,027$

A distribuição etária dos usuários por Regionais demonstrou uma concentração maior na faixa dos 20 – | 49 anos de idade, 393(65,5%). Convém observar que a faixa etária dos 13 – | 19 anos corresponde a apenas 46(7,7%), enquanto os usuários acima de 50 anos foram representados por 161 (26,8%).

Realizando-se análise dos dados sobre associação entre as Regionais e faixa etária, verificou-se que houve significância estatística ($p = 0,027$) ao nível de 5% de confiabilidade.

Tornou-se claro, conforme os dados da tabela 16, que o sexo masculino representa somente 66(11%) dos usuários entrevistados, sendo o grupo etário acima de 50 anos responsável por 33(50%) da amostra masculina. A associação entre faixa etária e sexo é altamente significativa ($p = 0,000$).

Tabela 16 – Distribuição dos usuários por grupo etário X SER. Fortaleza-CE, 2008

Grupo etário (anos)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
13 – 19	1	45	46
20 – 49	32	361	393
> 50	33	128	161
Total	66	534	600

$p = 0,000$

Ao associar as variáveis sexo e grupo etário, observou-se que a faixa etária dos 20 – 49 anos concentrou 393(65,5%) usuários, sendo 361(67,6%) do sexo feminino, demonstrando uma maior procura deste grupo às UBS.

Realizando-se análise dos dados sobre associação entre o sexo e faixa etária, verificou-se que houve alta significância estatística ($p = 0,000$) ao nível de 5% de confiabilidade.

Nos 600 usuários pesquisados, verificou-se que a especialidade de clínico geral nas consultas foi a mais prevalente 421(70,2%) dos usuários. Ao verificar a associação existente entre especialidade e regionais, identificou-se uma alta significância estatística ($p = 0,000$) ao nível de significância de 1% (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição das especialidades das consultas marcadas pelos usuários por SER. Fortaleza-CE, 2008

Especialidade	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Clinico geral	50	69	89	51	88	74	421
Pediatria	27	7	7	18	19	32	110
Gineco	3	4	4	9	11	29	60
Outras	-	-	-	2	2	5	9
Total	80	80	100	80	120	140	600

($p = 0,000$)

Quanto ao acesso para marcação de consultas nas unidades de saúde, a maioria 455(75,8%) dos usuários marcou consulta em menos de um dia, com variação do tempo de marcação de 10 a 480 minutos.

Tabela 18: Tempo destinado pelos usuários para marcação das consultas X SER. Fortaleza-CE, 2008

Tempo para marcação	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Menos 1 h	34	19	22	34	42	51	202
De 1 a 2 h	25	22	41	19	24	32	163
Acima de 2 h	8	17	14	8	25	18	90
Total	67	58	77	61	91	101	455

($p = 0,002$)

Na análise estatística dos dados, verifica-se que estão normalmente distribuídos em torno da média pelo teste de Shapiro-Wilk ($p = 0,000$).

Observou-se que dentre os 455(75,8%) usuários, que conseguiram marcar sua consulta no mesmo dia que foram à Unidade de Saúde, 202(44,4%) deles efetivaram a marcação de consulta em até uma hora de espera. Conclui-se que, em todas as Regionais o tempo de efetivação da marcação de consultas ficou abaixo da média (106,9 min) com desvio padrão de 73 minutos, aproximadamente. Verificou-se ainda, que o tempo mínimo de marcação de consultas foi de 10 min e o máximo de 480 min. Em todas as Regionais, o intervalo de confiança ao nível de 5% não contém o zero; ou seja, não existe associação entre as SER e tempo de marcação de consultas (Tabela 18).

Verificou-se, também, que a SER II 17(29,3%) e a SER V 25(27,5%) foram àquelas onde os usuários demandaram mais tempo para marcar consultas para a faixa acima de duas horas.

Dentre os demais usuários, os 145(24,2%), em que a efetivação da marcação de consultas transcorreu num período de tempo de um a 90 dias, com média de 12 dias e desvio padrão em torno de 17 dias. Os usuários que efetivaram as consultas em 90 dias estavam inseridos nas unidades de saúde da SER V e VI. Houve forte significância estatística ($p = 0,000$) com confiabilidade de 99% para todas regionais.

Observou-se que 482(80,3%) dos usuários da amostra foram consultados no mesmo dia em que foi marcada a consulta. Não houve, entretanto, associação entre a variável “para quanto tempo foi marcada a consulta” e a SER ($p = 0,149$), porém para o grau de satisfação quanto a este tempo e SER verificou-se significância estatística nesta associação com $p = 0,000$ (Tabela 19).

Tabela 19: Para quando foi marcada a consulta pelos usuários. Fortaleza-CE, 2008

Para quando a consulta foi marcada:	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Mesmo dia	75	60	81	66	94	106	482
Até 7 dias	3	13	14	11	18	26	85
Mais de 1 semana	2	7	5	3	8	8	33
Total	80	80	100	80	120	140	600

($p = 0,149$)

Com relação ao nível de satisfação dos usuários quanto aos serviços de consulta, a análise das respostas obtidas verificou que a insatisfação maior foi relacionada ao tempo que os usuários levaram para marcar as consultas, 228(38%).

O maior índice de aprovação, 569(94,8%) foi em relação à qualidade do acolhimento recebido, considerando-se a educação e respeito dos profissionais envolvidos. (Gráfico 17).

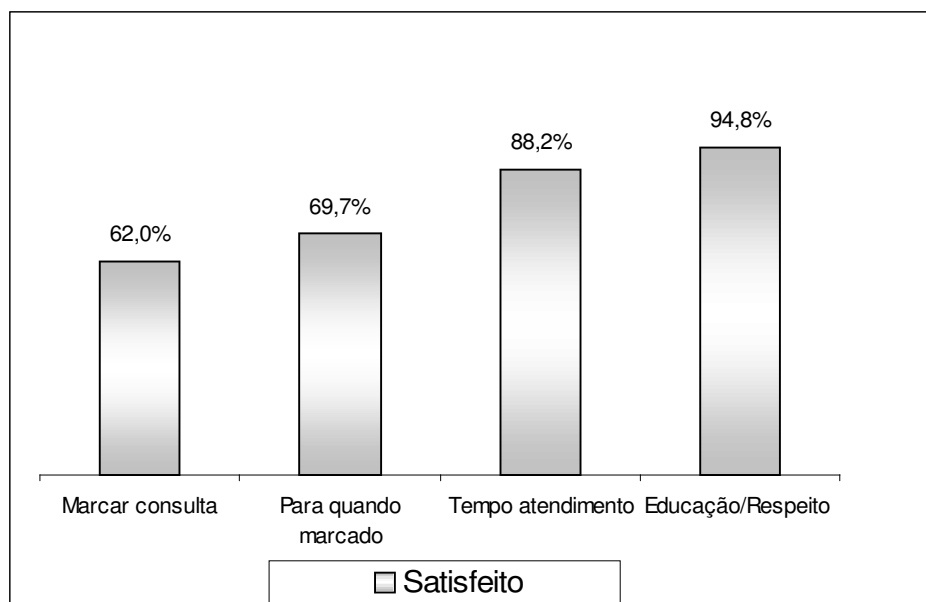


Gráfico 17: Nível de satisfação dos usuários em relação ao serviço. Fortaleza-CE, 2008

Quanto à satisfação para marcar consulta, observou-se que a SER I e IV obtiveram os maiores percentuais de aprovação com 63(78,8%) e 58(72,5%), respectivamente. E no tocante a insatisfação, as unidades básicas, com piores índices quanto ao acesso na marcação de consultas, estavam na SER II e na V, com 41(51,3%) e 61(50,8%), respectivamente.

A associação destas variáveis quanto à satisfação dos usuários para: o tempo de marcar consulta, quando foi marcado e tempo de atendimento, foi altamente significativa ($p = 0,000$) ao nível de 1%, ao se associar a Regional com as unidades de saúde. Ao contrário, a variável satisfação quanto à educação/respeito da equipe de saúde não apresentou associação quanto a SER ($p = 0,821$) e UBS ($p = 0,253$) (Tabela 20).

Tabela 20: Nível de satisfação dos usuários quanto ao tempo destinado para marcar consulta X SER. Fortaleza-CE, 2008

Satisfação marcação	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Satisfeito	63	39	66	58	59	87	372
Insatisfeito	17	41	34	22	61	53	228
Total	80	80	100	80	120	140	600

($p = 0,000$)

Na Tabela 21, observou-se que quanto à limpeza dos ambientes das unidades de saúde, 402(67%) dos usuários consideraram em boas condições, 149(24,8%) em regular e 49(8,2%) usuários em condições precárias de limpeza.

Comparando-se entre Regionais, esta variável teve significância estatística ($p = 0,006$) e foi fortemente relevante quando se associou às unidades de saúde ($p = 0,000$). A SER I e SER III continham as unidades de saúde que, na visão dos usuários, obtiveram os maiores índices para a resposta “boa limpeza”, 64(80%) e 75(75%), respectivamente.

Tabela 21: Limpeza dos ambientes das UBS na visão dos usuários X SER. Fortaleza-CE, 2008

Como considera a limpeza dos ambientes:	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Bom	64	47	75	52	81	83	402
Regular	15	20	19	24	27	44	149
Ruim	1	13	6	4	12	13	49
Total	80	80	100	80	120	140	600

($p = 0,006$)

Na perspectiva dos usuários, o conforto dos ambientes das Unidades obteve avaliação satisfatória (bom) em 462(77%), regular em 110(18,3%) e apenas 28(4,7%) dos usuários o consideraram “ruim”. Houve significância estatística desta variável quando feito associação com SER e UBS ($p = 0,000$) (Tabela 22).

Tabela 22: Nível de conforto das Unidades na visão dos usuários. Fortaleza-CE, 2008

Nível de Conforto	Secretaria Executiva Regional - SER	Total
-------------------	-------------------------------------	-------

das UBS	I	II	III	IV	V	VI	
Bom	70	63	95	42	104	88	462
Regular	9	11	5	30	11	44	110
Ruim	1	6	-	8	5	8	28
Total	80	80	100	80	120	140	600

($p = 0,000$)

Foram inquiridos usuários quanto às variáveis: “sentir confiança na equipe”, obtendo-se 420(70%) de aprovação; “saber onde reclamar quando mal atendido”, 200(33,3%), e “receber informações sobre estado de saúde”, 571(95,2%) de índices de aprovação.

Aplicando-se o teste Qui-quadrado de Pearson, para verificar associação entre a variável “sentir confiança na equipe de saúde” com Regional, encontrou-se $p=0,002$ e Unidade de Saúde $p = 0,001$, ou seja, o teste indicou uma importante significância estatística para ambas as associações.

Utilizando-se o mesmo teste para verificar a associação entre a variável “esclarecimento sobre estado de saúde” e Regional não se obteve significância estatística ($p = 0,115$). Ao contrário, quando associação foi proposta em relação às Unidades de Saúde, o teste apresentou-se altamente significativo ($p = 0,004$) com confiabilidade de 95%.

As expectativas dos usuários entrevistados quanto às unidades de saúde, ou seja, “como estes consideravam a unidade”, foram observadas, principalmente, para a resposta “igual ao que imaginavam” com 419(69,8%) dos usuários. A SER III e SER V concentraram os maiores índices para esta resposta com 84(84%) e 92(76,7%), respectivamente.

Considerando que o total das respostas “pior que imaginava” foi de apenas 55(9,2%) entre as opções sobre as expectativas, verificou-se que a SER VI obteve o maior índice 22(40%) dos usuários quando comparado com as demais regionais, ou seja, notou-se uma maior resposta negativa dos usuários entrevistados nas unidades de saúde desta regional. A associação desta variável com regionais teve forte significância estatística ($p = 0,000$) quando aplicado teste Qui-quadrado de Pearson (Tabela 23).

Tabela 23: Expectativas dos usuários quanto às unidades de saúde. Fortaleza-CE, 2008

Expectativas dos usuários		Secretaria Executiva Regional-SER						Total
		I	II	III	IV	V	VI	
Considera a unidade de saúde:	Melhor que imaginava	7	4	4	15	5	15	50
	Igual ao que imaginava	54	54	84	47	92	88	419
	Pior que imaginava	5	6	4	8	10	22	55
	Não imaginava	14	16	8	10	13	15	76
Total		80	80	100	80	120	140	600

($p = 0,000$)

Nas unidades básicas de menor e maior desempenho (UBS Figueiras Lima e Waldemar de Alcântara), de acordo com aplicação do roteiro de padrões de conformidade, observou-se altíssima significância estatística ($p = 0,009$) quando se associou as referidas unidades e a variável expectativa dos usuários entrevistados quanto aos serviços prestados pelas unidades. Quanto a UBS Waldemar de Alcântara, 20(100%) dos usuários consideraram a unidade “igual ao que imaginavam”, ou seja, os serviços que lhe foram prestados, o modo de acolhimento entre outros, ocorreram dentro de suas expectativas (Tabela 24).

Tabela 24: Expectativas dos usuários quanto às Unidades: Figueiras Lima e Waldemar de Alcântara. Fortaleza-CE, 2008

Expectativas dos usuários	Nome da Unidade de Saúde		Total
	Figueiras Lima	Waldemar Alcântara	
Melhor que imaginava	7	-	7
Igual ao que imaginava	11	20	31
Pior que imaginava	1	-	1
Não imaginava	1	-	1
Total	20	20	40

$p = 0,009$

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

A análise das condições e relações de trabalho, o terceiro momento avaliativo deste estudo, realizou-se sobre quatrocentos e quarenta e cinco avaliações através de questionário preenchido pelos trabalhadores das trinta unidades, nas categorias profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliar/técnicos de enfermagem e agentes administrativos.

A amostra destes trabalhadores caracterizou-se por ser, principalmente, do sexo feminino em 80% (356), 63,8% (284) pertencentes à soma dos grupos de idade dos 30-39 e 40-49 anos, 58,9% (262) existentes à soma das categorias profissionais de auxiliar/técnico de enfermagem e agente administrativo e 56% (249) têm nível médio de escolaridade (Tabela 25).

Tabela 25: Distribuição dos trabalhadores avaliados por sexo e grupo etário. Fortaleza-CE, 2008

Grupos de idade (anos)	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Nº	%	N	%
19 – 29	18	20,2	55	15,5
30 – 39	30	33,7	113	31,7
40 – 49	26	29,2	115	32,3
50 – 59	12	13,5	61	17,1
60 e +	3	3,4	12	3,4
Total	89	100	356	100

O nível de pós-graduação concentrou um maior percentual para a categoria de enfermeiro com 74(71,8%), seguido por médicos com 43(53,8%). A titulação dos enfermeiros ocorre através de cursos de especialização, principalmente, na área de saúde da família, e a categoria médica por residência.

Tabela 26: Distribuição dos trabalhadores avaliados por profissão e nível de escolaridade. Fortaleza-CE, 2008

Profissão	Escolaridade			Total
	Médio	Superior	Pós-graduação	
Médico	-	37	43	80
Enfermeiro	-	29	74	103
Auxiliar/técnico enfermagem	150	2	-	152
Agente administrativo	99	9	2	110
Total	249	77	119	445

Quanto à carga horária semanal e respectivo vínculo de trabalho dos profissionais da amostra, observou-se que a grande maioria dos profissionais desempenha suas atividades com carga horária de 40 h/semanais (73,5%), e destes 46,2% (151) têm vínculo por concurso público e 43,1% (141) são profissionais terceirizados (Tabela 27).

Tabela 27: Distribuição dos trabalhadores avaliados por vínculo de trabalho e carga horária. Fortaleza-CE, 2008

Carga horária semanal (horas)	Vínculo/contrato formal de trabalho					Total
	CLT	Concursado	Contrato temporário	Cargo comissionado	Terceirizado	
20 h	12	21	1	2	3	39
30 h	19	44	5	-	11	79
40 h	9	151	7	19	141	327
Total	40	216	13	21	155	445

Quanto ao julgamento sobre a carga de trabalho, 368(82,3%) dos profissionais a consideraram normal e 76(17,5%) definiram como carga horária alta. Apenas um profissional (0,2%) classificou-a como “pouca”, sendo este da categoria médica com 20 h/semanais (Tabela 28).

Tabela 28: Como os profissionais consideram a carga horária de trabalho nas Unidades de Saúde. Fortaleza-CE, 2008

Carga horária	Nº	%
Alta	76	17,1
Normal	368	82,7
Pouca	1	0,2
Total	445	100,0

Na análise da associação entre tamanho (dimensionamento) da equipe e Regional observou-se significância estatística ($p = 0,048$), com 252(56,6%) dos profissionais considerando o tamanho da equipe satisfatório (respostas “muito bom” e “bom”) e apenas 40(9%) consideram o dimensionamento das equipes de trabalho das unidades insatisfatório (“ruim” e “muito ruim”).

Tabela 29: Dimensionamento da equipe de saúde na opinião dos trabalhadores X SER. Fortaleza-CE, 2008

Dimensionamento da Equipe	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Satisfatório	37	24	36	44	52	59	252
Regular	33	25	21	15	22	37	153
Insatisfatório	5	4	11	6	8	6	40
Total	75	53	68	65	82	102	445

($p = 0,048$)

Tabela 30: Satisfação dos trabalhadores quanto à distribuição das tarefas por SER. Fortaleza-CE, 2008

Distribuição das tarefas	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Satisfatório	39	29	37	45	57	64	271
Regular	28	16	21	16	20	31	132
Insatisfatório	8	8	10	4	5	7	42
Total	75	53	68	65	82	102	445

($p = 0,236$)

Considerando o dimensionamento da equipe das unidades, obteve-se o percentual de aprovação de 252(56,6%) trabalhadores para a soma de “muito bom”

e “bom” ao contrário 40(9%) para “ruim” e “muito ruim”. E quanto à distribuição de tarefas, obteve-se 60,9% (271) para “muito bom” e “bom” e 9,5%(42) para “ruim” e “muito ruim” (Tabela 31).

Tabela 31: Distribuição geral quanto ao dimensionamento da equipe e distribuição das tarefas. Fortaleza-CE, 2008

Tamanho da equipe	Distribuição das tarefas					Total
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	
Muito bom	29	19	2	1	1	52
Bom	15	149	33	2	1	200
Regular	4	51	79	17	2	153
Ruim	-	4	16	14	1	35
Muito ruim	-	-	2	1	2	5
Total	48	223	132	35	7	445

O item condição de segurança para execução do trabalho obteve nas opções “muito ruim” e “ruim” um total de 30,2%, para regular condição de segurança 33,7% e “muito boa” e “boa” 36,1% dos questionários respondidos.

Tabela 32: Segurança para execução do trabalho na opinião dos trabalhadores por SER. Fortaleza-CE, 2008

Segurança para execução do trabalho	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Muito bom	2	4	3	4	9	3	25
Bom	28	9	24	17	27	30	135
Regular	23	14	25	19	26	42	149
Ruim	17	12	11	14	13	16	83
Muito ruim	5	14	5	11	7	11	53
Total	75	53	68	65	82	102	445

($p = 0,033$)

Quanto às acomodações e mobiliários disponíveis na unidade de saúde, 182(41,%) dos profissionais consideraram condições regulares; 144(32,3%) as definiram como em “boas condições” e a soma de “muito ruim” e “ruim” obteve 119(26,7%) das respostas analisadas.

Tabela 33: Condições de acomodações e mobiliários das UBS na opinião do trabalhador X SER. Fortaleza-CE, 2008

Acomodações e mobiliário	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Muito bom	3	2	-	1	4	1	11
Bom	15	12	26	15	28	37	133
Regular	36	23	24	26	29	44	182
Ruim	14	5	11	21	16	11	78
Muito ruim	7	11	7	2	5	9	41
Total	75	53	68	65	82	102	445

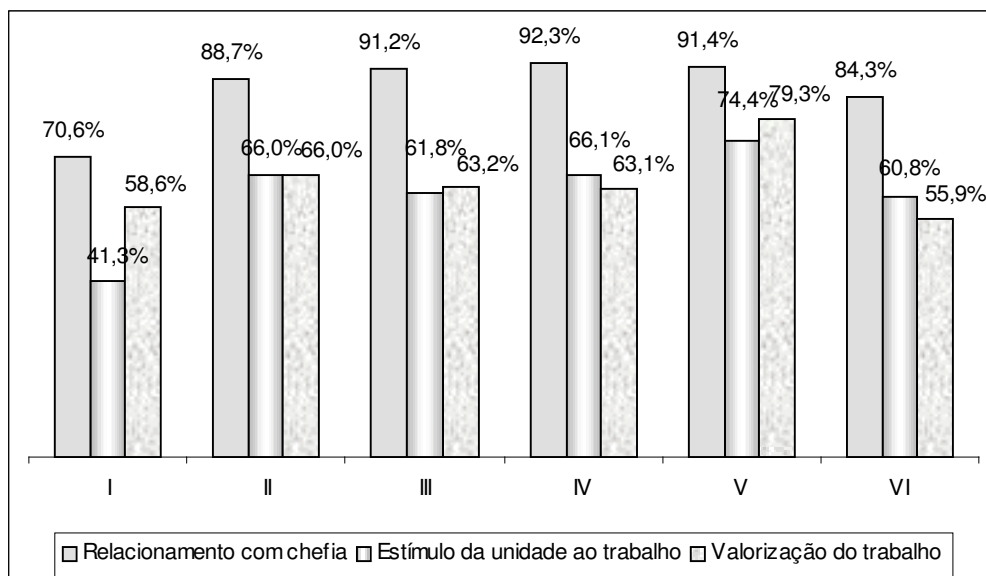
$p = 0,005$

Para às condições de higiene do ambiente da unidade, de uma maneira geral, 230(54,2%) dos profissionais consideraram “muito boas” e “boa”, enquanto 45,8% (194) definiram a higiene de modo regular, ruim e muito ruim (o somatório das três).

A disponibilidade de materiais e equipamentos para o adequado desempenho das atividades nas unidades obteve, somados “muito bom” e “bom”, 148(34,9%) seguido pela resposta “regular” com 171(40,3%) e agregando “ruim” e “muito ruim” obtiveram 105(24,7%) da opinião dos trabalhadores.

Considerando quatro variáveis: salário, relacionamento com a chefia imediata, estímulo do estabelecimento ao trabalho e valorização do trabalho, observou-se que 188(44,3%) consideram o valor do salário “regular”, 366(86,3%) consideram “muito bom” e “bom” o relacionamento com chefia imediata, 262(61,8%) sentem-se estimulados para o trabalho e 63,4% acham-se valorizados no trabalho (soma “muito bom” e “bom”).

No Gráfico 18, agregou-se as SER com as variáveis “relacionamento”, “estímulo” e “valorização” dos trabalhadores nas UBS para os índices mais elevados para as respostas “muito bom e bom”.



Quanto às atividades que os trabalhadores realizavam, se estavam de acordo com o cargo/função para qual foram contratados, 398 (88,9%) destes informaram que “sim”, sendo a Regional IV a que deteve o maior índice de desvio de função entre seus entrevistados com 11 (16,2%) dos profissionais. Referente à motivação no serviço que atuam, 211 (49,8%) responderam que “às vezes sentem-se motivados”, seguido de 45,5%(193) que se sentem “sempre motivados”.

Quanto à freqüência na participação de reuniões de equipe, 281(63,1%) dos profissionais informaram que “sempre” participam, 141(31,7%) participam “às vezes”, apenas 10(2,2%) “nunca” participam das reuniões e 13(2,9%) informaram “não haver reuniões” na unidade. Relataram dispor de local para acolher suas opiniões, reclamações ou dificuldades em 314(70,6%) dos profissionais, citando a sala coordenação da unidade, como esse local. E quando questionados se utilizariam à unidade de saúde ou a indicariam para amigos e parentes, obteve-se 411(92,4%) como aprovação, sendo resposta “sim” para este item.

Tabela 34: Expectativas dos trabalhadores quanto às unidades básicas. Fortaleza-CE, 2008

Considera a Unidade:	Secretaria Executiva Regional - SER						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Muito bom	10	10	16	16	19	17	88
Bom	35	25	40	31	48	64	243

Regular	24	17	11	15	14	20	101
Ruim	6	1	1	2	1	1	12
Muito ruim	-	-	-	1	-	-	1
Total	75	53	68	65	82	102	445

Finalmente, analisou-se a variável expectativa dos profissionais quanto à unidade de saúde, como estes “consideraram a unidade, de maneira geral” e obteve-se 243(54,6%) para “bom”, 101(22,7%) para “regular” e apenas 13(2,9%) a soma de “ruim e muito ruim”. A SER VI obteve o maior índice – 64(62,7%) para “bom”, apesar deste item não dispor de significância estatística na associação com Regionais ($p = 0,052$).

Ao contrário, observou-se, na associação com unidade de saúde, elevada significância na aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson ($p = 0,000$), demonstrando os maiores índices, para as respostas que se seguem as UBS: Galba Araújo – “muito bom” com 9(52,9%) dos seus profissionais entrevistados; Waldemar Alcântara – “bom” com 14(82,4%); Paulo Marcelo – “regular” 13(76,5%); Floresta - “ruim” 4 (16,7%) e Roberto Bruno -“ muito ruim”, 1(4,8%).

Observou-se que ao associar a variável expectativa dos trabalhadores quanto às unidades Waldemar de Alcântara e Filgueiras Lima, que obtiveram maior e menor valor de desempenho pelo roteiro de padrões, respectivamente, houve relevância estatística entre elas com teste Qui-quadrado ($p = 0,047$) (Tabela 35).

Tabela 35: Expectativas dos trabalhadores quanto às unidades: Filgueiras Lima e Waldemar Alcântara. Fortaleza-CE, 2008

O trabalhador considera a UBS:	Unidade de Saúde			
	Filgueiras Lima		Waldemar Alcântara	
	Nº	%	Nº	%
Bom	10	66,7	16	94,1
Regular	5	33,3	1	5,9
Total	15	100,0	17	100,0

$p = 0,047$

6 DISCUSSÃO

Partindo-se dos resultados obtidos, buscou-se nesse estudo aproximar-se da realidade da saúde vivenciada nas unidades básicas de saúde de Fortaleza para

discussão das questões referentes à gestão e organização das unidades, à satisfação dos usuários e às relações e condições de trabalho dos profissionais.

Os critérios definidos no Roteiro de Padrões de Conformidade sustentaram-se na evolução destes conhecimentos, respaldando-se nas leis instituídas, na ética e nas boas práticas. Os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos porque a evolução dos conhecimentos e dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços (AGUILERA CAMPOS, 2005).

O presente estudo contemplou variáveis representativas da estrutura, da acessibilidade, da humanização da atenção, da satisfação dos usuários e dos trabalhadores e, após análise dos componentes principais dos instrumentos avaliativos, constatou-se que o desempenho das unidades de saúde da amostra deste estudo obteve índices em torno da média de 55,8% de todos os itens avaliados. Embora não tenha sido encontrada na literatura existente, outros estudos com os instrumentos avaliativos do PNASS aplicados às unidades básicas de saúde, arrisca-se comentar que o índice atingido é mediano em vista da qualidade almejada para os serviços de saúde.

As Secretarias Executivas Regionais I e III alcançaram índices médios em torno de 59% sendo as que conseguiram melhor pontuação no desempenho geral. Em contra-partida, as unidades de menor desempenho estavam inseridas nas SER V e VI, alcançando uma média de 54%, coadunando com os resultados da Pesquisa nas Unidades de Saúde do Município de Fortaleza, coordenada pela vereadora Fátima Leite (CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2008). A Unidade de Saúde Figueiras Lima, pertencente a SER IV, é a que apresenta performance inferior com índice de desempenho de 45,3%, desempenho semelhante na Pesquisa acima referida.

Destaca-se, de acordo com o Relatório de Gestão 2006, que as Regionais V e VI têm maior contingente populacional, além de serem consideradas as que concentram o maior número de pessoas em situação de pobreza. São também as Regionais com maior cobertura da Estratégia da Saúde da Família entre as demais SER, embora essa cobertura não ultrapasse 50% da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2007).

No tocante à gestão de pessoas, foi referenciado pelos coordenadores das UBS, carência no quadro de funcionários em 83,3% das unidades avaliadas e 90% de inexistência de programa de educação permanente, ferindo o que preconiza a Lei 8.080/90, no título que trata sobre Recursos Humanos, em seu artigo 27/I onde se lê que

a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada pelas diferentes esferas de governo, cumprindo, entre outros com o seguinte objetivo: organização de sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

Araújo *et al.* (2004) citam que a simples disponibilização dos profissionais de saúde nos espaços de prestação de serviços de saúde não possibilita a transformação que o SUS necessita para o atendimento do princípio da universalização. A capacitação desses é condição fundamental para a incorporação de tecnologias que possam subsidiar a transformação das práticas de saúde.

O controle do processo de esterilização por vapor saturado sob pressão (autoclave) abrange a eficácia do equipamento e o registro de seus parâmetros. Nas unidades avaliadas, a monitorização dos processos não é realizado em 100% das unidades. Segundo Moura (1996), “garantir a eficiência da esterilização deve contar com monitoramento com testes químicos e biológicos, paralelamente às manutenções preventivas das autoclaves e à manutenção das rotinas de trabalho”. Depreende-se daí que os riscos inerentes ao inadequado controle do processamento de artigos críticos (instrumentais odontológicos, por exemplo) se elevam, principalmente na transmissão de patógenos veiculados pelo sangue.

Ressalte-se que a avaliação de desempenho das unidades da amostra estudada leva o gestor interessado à reflexão, oferecendo subsídios para a adequação das inconformidades, refletindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Reconhece-se desenvolvimento de ações pró-ativas (73,3% das UBS) que buscam se adiantar a possíveis problemas, buscando identificar necessidades e elevar o grau de satisfação dos usuários e profissionais, realizadas pelas unidades, através de rodas de conversas, cujo objetivo é garantir a criação de um espaço onde trabalhadores e/ou usuários possam colocar seus cotidianos em discussão,

coletivizar suas experiências. Conforme Aguilera Campos (2003), a Roda “[...] é um espaço coletivo: um arranjo onde existe oportunidade de discussão e de tomada de decisão [...]. A roda é um lugar onde circulam afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo”.

A pesquisa de satisfação do usuário, item da maior relevância na avaliação da qualidade de serviços prestados, não é realizada em 83,3% da amostra pesquisada. Citada por Serapioni e Silva (2006), a conceituação de qualidade proposta por Ovretveit (1996) enfatiza a importância da percepção dos usuários/trabalhadores na atenção básica, quando identifica três dimensões da qualidade: a avaliada pelo usuário (o que os usuários desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos), qualidade profissional e qualidade gerencial.

Observou-se neste estudo, um alto índice de insatisfação do usuário no que se refere ao tempo para marcação de consultas, o que remete à reflexão quanto à acessibilidade ao serviço de saúde; acessibilidade que pode ser definida como grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, num processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Em sentido mais restrito, observa-se que o principal entrave ao estudo da acessibilidade encontra-se na forma de organização dos serviços (FERREIRA, 2004). As SER com piores índices nesse quesito foram as II e V, alcançando uma média em torno de 51% de insatisfação. Percebe-se, entretanto, que de acordo com Roteiro de Padrão de Conformidade, no bloco de atenção à saúde, as UBS dispunham de métodos que visavam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas, através do acolhimento e classificação de risco em 90% das unidades avaliadas.

Quanto à elevada demanda aos serviços da atenção básica, Serapioni e Silva (2006), analisando pesquisa realizada sobre PSF em alguns municípios do Ceará, referem:

Que as discussões giraram em torno da difícil tarefa de se garantir a população um serviço de qualidade dentro de um contexto, que apresenta em seu rol de características, uma imensa população buscando atendimento ambulatorial, e equipes sobrecarregadas [...]. Isto acaba por prejudicar enormemente o desenvolvimento de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Considerando alguns princípios de melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde, para Hernandez (apud CAMPOS, 1997), deve-se priorizar a

qualidade sob o ponto de vista do usuário, assim como a participação de todos os profissionais da equipe, que têm necessariamente um papel de sujeitos ativos e devem buscar prevenir erros por meio de correção, com foco prioritário nos processos de trabalho, contando com o apoio e compromisso das chefias.

Na visão de Silva e Formigli (1994), encontra-se que:

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. E o grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o usuário. Ademais, ele pode relacionar com aspectos de infra-estrutura material dos serviços. (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com amenidades (ventilação, conforto, etc.) e também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença.

As questões relacionadas à área física contribuem para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Nota-se em Mendes (2002), referindo-se às questões ligada à infra-estrutura das UBS destinadas ao Programa de Saúde da Família:

Não tiveram ainda, uma expressão arquitetônica adequada de seus processos de trabalho [...] a superação desse obstáculo há de passar pela concepção estratégica da atenção primária à saúde e essa deve incorporar-se no desempenho arquitetônico das unidades básicas de saúde e na padronização dos equipamentos e materiais permanentes.

Sob o ponto de vista da expectativa geral dos usuários em relação às unidades de saúde, observou-se não haver grandes decepções visto que a realidade da unidade de saúde era a esperada pelo usuário, o que é comprovado pelo percentual de 70% de aceitação da realidade encontrado na pesquisa.

A limpeza e o conforto dos ambientes tiveram avaliações satisfatórias, alcançando nível bom de aceitação pelos usuários entrevistados, opinião compartilhada com 54% dos trabalhadores que se submeteram ao mesmo estudo.

Em contra ponto, este trabalho pôde verificar que a limpeza e o conforto das unidades estão em desacordo com os achados no roteiro de padrões, onde se verifica a inconformidade em relação à capacitação da equipe de higienização e ausência de rotinas para limpeza da unidade (100% e 90% índices de inconformidade, respectivamente). Identificaram-se ações periódicas voltadas para o controle de vetores (desratização, desinsetização etc.) em 90% das UBS, embora medidas adicionais façam-se necessárias como janelas teladas, ralos

escamoteáveis, acondicionamento adequado do lixo, manutenção e limpeza de áreas externas, e ainda, em 86,7% das Unidades não há plano de gerenciamento de resíduos de saúde implantado.

Deduz-se, pelo exposto, que usuários e trabalhadores não estão sensibilizados para os riscos advindos da inadequação dos processos de higiene e limpeza dos ambientes e superfícies.

Há que se ressaltar o elevado índice de satisfação dos usuários, em torno de 95%, na forma humanizada (educação e respeito) com que foram acolhidos durante seu atendimento em todas as unidades. O acolhimento é um dos eixos do tripé em que se fundamenta a humanização do atendimento e leva em consideração as características individuais e as necessidades biopsicosociais do cliente. Para o usuário, tão importante quanto a garantia de acesso ao serviço, é a maneira como esse é recebido assim como os vínculos que se formam entre eles e os profissionais responsáveis pela atenção.

De acordo com resultados do processo avaliativo 2004-2006/PNASS/ em instituições hospitalares e clínicas, o maior índice de aprovação (93,7%) foi em relação à qualidade do acolhimento recebido, considerando-se respeito e interesse dos profissionais envolvidos. Resultados que coadunam com os encontrados na presente avaliação.

Casate e Corrêa (2005), referindo-se ao usuário como sujeito, afirmam:

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Note-se que a grande maioria dos usuários 534(89%) era do sexo feminino, pertencente ao grupo etário entre 20 e 49 anos. Esta caracterização dos usuários leva a idéia de que os serviços devem ser organizados no sentido de atender prioritariamente, essa demanda específica, notadamente com ampliação dos serviços de atenção à saúde da mulher e da criança. Segundo entendimento de Fonseca Neto (1997), as vertentes da atenção que orientam os programas de Saúde da Família devem captar especificidades de cada categoria e desenvolver, não só

cuidados gerais devido à pessoa humana, mas também cuidados diferenciados de acordo com riscos específicos como, por exemplo, relacionados ao gênero e idade.

Assemelhando-se aos resultados encontrados nos usuários, a maioria dos trabalhadores da amostra era do sexo feminino (80%), com grupo etário prevalente entre 30 a 49 anos. A categoria com maior expressividade em pós-graduação foi a de enfermeiros. Capacitação dos profissionais, com boa qualificação, que possibilite seguir preceitos estabelecidos para o Programa Saúde da Família foi apontado como outro determinante de qualidade em pesquisa realizada em equipes de PSF de dez municípios do Ceará. Ênfase foi dada para a capacitação do profissional médico, onde prevalece, atualmente, nas equipes de saúde da família, os recém-formados ou recém-aposentados (SERAPIONI; SILVA, 2006).

Em linhas gerais observa-se que o percentual de trabalhadores satisfeitos com a unidade de saúde onde desempenham suas atividades (54,6%) é menor do que os percentuais daqueles que o usariam ou o indicariam (92,4%), ou seja, mesmo não considerando a unidade boa ou muito boa, os trabalhadores responderam afirmativamente à questão relativa a indicação. Esse fato se repete no Resultado do Processo Avaliativo 2004/2006- PNASS.

Chama a atenção a forte associação das variáveis “relacionamento com a chefia X dispor de local para acolher suas opiniões/dificuldades”, ambas com média de 71% de satisfação, caracterizando, em geral, uma boa relação entre chefes e subordinados que vai além de uma subordinação hierárquica.

Deparou-se com algumas limitações na aplicação dos instrumentos avaliativos utilizados neste estudo, e algumas implementações seriam oportunas visando abranger todos os serviços desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, como por exemplo, a avaliação na formação de profissionais em residências para Programa de Saúde da Família, a atenção na área odontológica e farmacêutica, entre outros.

Faz-se necessário o aperfeiçoamento contínuo da gestão da saúde, tanto em relação à reorientação das práticas de atenção, individuais e coletivas. Esta continuidade de melhorias devem sustentar-se na necessidade patente de promover uma maior acessibilidade, com humanização e acolhimento, com aumento da

resolutividade e qualidade técnico-científica, destarte, satisfazendo os usuários com os serviços de saúde, promovendo maior qualidade de vida para os mesmos.

Os resultados aqui obtidos servem de subsídios para processos de melhoria da atenção básica e como sugestão indica-se que o processo de avaliação seja inserido de forma sistemática no planejamento para gestão em Saúde Pública, adequando os instrumentos avaliativos disponíveis às diversidades de serviços, complexidades da atenção à saúde, estimulando a auto-avaliação dos serviços de saúde pelos gestores; e adequando os instrumentos avaliativos disponíveis às diversidades de serviços e de acordo com as complexidades da atenção à saúde.

Muitas outras considerações e/ou associações poderiam ser aprofundadas, mas fugiriam do objetivo dessa pesquisa. Após a publicação dessa dissertação, a autora disponibilizará os dados aos gestores das unidades básicas de saúde avaliadas para contribuir para a melhoria dos seus serviços.

7 CONCLUSÕES

A utilização dos instrumentos avaliativos do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, com enfoque nas unidades de saúde da atenção básica, demonstrou ser adequada e com grande potencialidade como fonte de informação para reflexão, análise e acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas nas UBS.

Essa avaliação atingiu a todos os objetivos propostos: propiciou a verificação do cumprimento dos padrões de conformidade, definindo o nível de desempenho das unidades; permitiu a comparação do desempenho entre as diversas Regionais, além de definir o perfil sócio-cultural e sócio-profissional de usuários e trabalhadores, respectivamente e possibilitou que se chegasse as seguintes conclusões:

- As unidades básicas de saúde, num grande percentual, não cumprem os padrões de conformidade previsto em normas, com média de desempenho insatisfatório. Medidas corretivas imediatas/mediatas e recomendáveis devem ser implantadas e implementadas nas unidades;
- A implantação da humanização do atendimento, com o acolhimento e classificação de risco, aparentemente não alcançou a população que ainda vê o bom atendimento como sendo aquele onde consegue o atendimento que ele quer, no menor espaço de tempo possível;
- Os usuários, em sua grande maioria, demonstraram poucas expectativas quanto aos serviços prestados nas unidades, parecendo não estarem sensibilizados para as melhorias que já foram implantadas;
- Insatisfação geral quanto à remuneração salarial em todas as categorias profissionais avaliadas apesar de considerarem a carga horária e distribuição de tarefas satisfatórias;
- Grande parcela dos profissionais têm contrato temporário ou são terceirizados, o que leva à reflexão quanto a necessidade de convocar os concursados e/ou prover novos concursos públicos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; MARTINS JR., T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.8, n.1/ 2, p.85-91. 2000.

ARAÚJO, M.R.N. *et al.* **Construindo ou reformando as unidades básicas de saúde**. Secretaria de Estado de Saúde, Minas Gerais, 2004.

BENEVIDES, R.B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561-571, jul./set. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. p.91-95.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 182, p.18055-18059, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília, 2004.

BUSS, P.M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P.M.; LABRA, M. E. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p.61-101.

CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Pesquisa nas unidades de saúde do município de Fortaleza**. Gabinete Vereadora Fátima Leite. Fortaleza, fev. 2008.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, suppl.1, dez. 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITES, 1997. 220p.

[CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.1, p.105-111, jan./fev. 2005.](#)

COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, R.B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.77-93.

CONTRANDIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In Hartz ZMA organizador. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p. 29-48.

CONTRANDIOPOULOS, A.P. *et al.* Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.553-563, 2006.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, 2005.

[DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.260, p.1743-1748, 1990.](#)

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v.200, 1978.

FALEIROS, V.P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. **Bioética**, Brasília, v.5, n. 1, p. 35-40, 1997.

FONSECA NETO, M.D. da. **Desafios para a saúde pública no Ceará**: um olhar sob as internações hospitalares no ano de 1997. Fortaleza, 1999. 142p.

GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 90. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.147-70, jul./ago. 2000.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.177-198.

GONZALES, L. La calidad de la atención médica: cristus de los métodos evolutivos. **Acta Med. Col.**, v.9, n.2, p.60-64, 1984.

HORTALE, V.A.; PEDROZA, M.; ROSA, M.L.G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MOURA MLPA. Gerenciamento da Central de Material e Esterilização para enfermeiros. São Paulo: SENAC; 1996

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Oficina de Evaluación Tecnológica. **Evaluación de la eficacia y secundad de la tecnologia médica**: Estudio de casos. Genebra, 1978. Cap. 3.

PASSOS, E. **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH**. Brasília, 2006. Mimeo.

PEREZ ARIAS, E.B.; FELLER, J.J. El Control de los Sistemas de Atención Médica Conceptualización y Mecânica Operativa. **Medicina y Sociedade**, v.6, n.6, p.239-246, 1983.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS). **Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, abr. 2007.

REIS, E.J.F.B. dos *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, v.6, n.1, p.50-61, 1990.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Relatório de gestão 2006**. Fortaleza, 2007.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. da. **Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará**: uma avaliação multidimensional. Fortaleza: Edições UECE, 2006. v. 1. 96 p.

SONIS, A. *et al.* **Atención de la salud**. Buenos Aires: El Ateneo, 1984. cap.4. Parte II.

TRAVASSOS, C. Debate sobre o artigo de Zulmira M.A. Hartz. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.246-247, 1999.

WORTHEN, B.R., SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Program evaluation**: alternative approaches and practical guidelines. New York: Longman, 1997.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev C S Col**, v.7, n.3, p.401-412, 2002.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programa de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. – Brasília, 2007. 208p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf)**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil – linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários do serviço público – uma nova relação do setor público com o cidadão**. Brasília, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Evaluation: from soliloquy to dialogue. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.257-258, 1999.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CANESQUI, A.M. Sobre a avaliação da atenção básica. **Rev C S Col**, v.7, n.3, p.415-417, 2002.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Metodologia de melhoria da qualidade em atenção primária à saúde**. Fortaleza, 2002.

CONILL, E.M. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? **Rev C S Col**, v.7, n.3, p.421-423, 2002.

CORDONI JÚNIOR, L. Uma agenda para a análise do SUS. **Rev C S Col**, v.7, n.3, p.417-418, 2002.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro, Marques-Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its management. Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration, 1982. v.1.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.4, p.317-321, 2004.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, v.4, n.3, p.317-321, 2004.

FIGUEIRÓ, A.C. *et al.* A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: Editora Universitária/UFPE; 2004. p.127-142.

FITZPATRICK, R. *et al.* Quality of life measures in health care I: Applications and issues in assessment. **BMJ**, v.305, n.331, p.1074-1077, 1992.

FLEXNER, A. **Medical education in United States and Canada:** report to carnegie foundation for advancement of teaching. New York: Merrymount Press, 1940.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Rev C S Col**, v.7, n.3, p.419-421, 2002.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over readymade. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.229-259, 1999.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulg. Saúde Debate**, v.21, p.29-35, 2000.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. European primary care. Draft report presented to the conference Shaping the EU Health Community, The Hague, Netherlands, sept. p.7-9, 2004.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total.** Rio de Janeiro, Campus, 1997.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulg Saúde Debate**, v.21, p.15-28, 2000.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Padrões e indicadores de qualidade para hospitais Brasil.** Genebra: OPAS/HSS, 1994.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em saúde.** Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p.9-10.

PASSOS, E. **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH.** Brasília, 2006. Mimeo.

POUVOURVILLE, G. Evaluation: the French chefs are still searching for “la nouvelle cuisine”. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.248-250, 1999.

SANDERS, J.R. Mainstreaming evaluation. **New Directions for Evaluation**, v.99, p.3-6, 2003.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev C S Col**, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SCRIVEN, M. Evaluation: future tense. **Am J Eval**, v.22, n.3, p.301-307, 2001.

SILVA, M.G.C. da (Coord.). **Processo de avaliação sistemática em saúde**: uma contribuição para o planejamento estratégico do sistema de saúde do Ceará. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2000. 111p.

SOUZA, H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Família**, v.6, p.10-15, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

STEVENSON, J.F. *et al.* Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. **Eval Program Plann**, v.25, p.233-243, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. **Rev C S Col**, v.7, n.3, p.423-426, 2002.

THE HEALTH QUALITY SERVICE. THE HEALTH QUALITY SERVICE ACCREDITATION PROGRAMME. **Standards for primary care trusts**. London: Isqua, 2001a.

THE HEALTH QUALITY SERVICE. THE HEALTH QUALITY SERVICE ACCREDITATION PROGRAMME. **Standards for primary care teams**. 4th ed. London: Isqua, 2001b.

THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. **Standards for general practices**. 2nd ed. Melbourne, 2000.

TRAVASSOS, C. Debate sobre o artigo de Zulmira M.A. Hartz. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.246-247, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assessment (WHOOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

WORTHEN, B.R. Some observations about the institutionalization of evaluation. **Eval Pract**, v.16, n.1, p.29-36, 1995.

YUNES, J. Debate sobre o artigo de Zulmira MA Hartz. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.251-252, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Universidade Estadual do Ceará, através do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, está realizando uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade dos serviços prestados em Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza, sob orientação o Prof. Dr. Marcelo Gurgel e tendo como pesquisadora a mestrandia Waldélia Maria Santos Monteiro. Essa pesquisa tem o objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Fortaleza por meio da metodologia de avaliação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS/MS. Objetiva servir como instrumento de apoio à gestão das UBS/SUS, por meio do diagnóstico situacional das Unidades de acordo com cada Secretaria Executiva Regional, incentivando a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde, produzir conhecimento qualitativo da rede de Serviços de Saúde e finalmente identificando oportunidades e possibilidades de melhoria dos serviços de Saúde.

Para coletar os dados será necessário realizar entrevistas para preenchimento do questionário e neste sentido solicitamos a autorização para preenchimento do questionário, caso concorde em participar da pesquisa. Caso o Sr. (a) não queira continuar fornecendo informações durante ou após a coleta de dados, estará livre para desistir em qualquer momento. Para realizar a coleta esses dados haverá um ambiente adequado, privativo e seu anonimato será preservado. Local e hora serão escolhidos pelo entrevistado. Para participar desse estudo o Sr.(a) não deverá gastar nenhum recurso financeiro, nem receberá financeiramente nenhum valor. Os dados produzidos serão utilizados apenas para fins científicos, e em conjunto publicados em revistas, livros, congressos, aulas. Estes dados serão guardados no Centro de Ciências da Saúde da Universidade, durante cinco anos e a partir daí serão destruídos. Em caso de dúvida durante ou após essa pesquisa, deverá procurar o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, Av Paranjana, 1700 – Itaperi. Tel.: 3101 9826 ou (85) 9922-9555. Caso aceite participar do estudo deverá assinar em duas vias junto com o pesquisador este termo de consentimento livre esclarecido. Uma ficará para você e outra para o pesquisador.

Local/data

Pesquisador responsável.

Assinatura usuário/familiar/profissional/gestor

APÊNDICE B: CARTA DE ESCLARECIMENTO PARA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE FORTALEZA

**CARTA DE ESCLARECIMENTO PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE FORTALEZA**

A Universidade Estadual do Ceará, através do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, está realizando uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade dos serviços prestados em Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Gurgel e como pesquisadora a mestrandia Waldélia Maria Santos Monteiro. Essa pesquisa tem o objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Fortaleza por meio da metodologia de avaliação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS/ Ministério da Saúde. Objetiva servir como instrumento de apoio à gestão das UBS/SUS, por meio do diagnóstico situacional das Unidades de acordo com cada Secretaria Executiva Regional, incentivando a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde, produzir conhecimento qualitativo da rede de Serviços de Saúde e finalmente identificando oportunidades e possibilidades de melhoria dos serviços de Saúde.

Para coletar os dados será necessário realizar entrevistas para preenchimento do questionário (ROTEIRO PNASS) e neste sentido solicitamos a autorização para realizar esta pesquisa nas Unidades que farão parte da amostra do estudo. Em caso de dúvida durante ou após essa pesquisa, deverá procurar o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, Av Paranjana, 1700 – Itaperi. Tel.: 3101 9826 ou pelo celular 9922-9555 (Waldélia).

Local/data

Pesquisador responsável.

Ciente ,

Secretaria Municipal de Saúde

APÊNDICE C: TABELAS DE FREQUÊNCIAS – BANCO: USUÁRIOS

Fonte: Banco de dados – Usuários – SPSS 15.0

Você considera que TEMPO DESTINADO A MARCAR A CONSULTA:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Demorou muito	208	34,7	34,7	34,7
	Demorou	108	18,0	18,0	52,7
	Demorou pouco	220	36,7	36,7	89,3
	Não demorou	64	10,7	10,7	100,0
	Total	600	100,0	100,0	

Com esse tempo você se sente, em relação a este tempo para marcar consulta:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	17	2,8	2,8	2,8
	Satisfeito	355	59,2	59,2	62,0
	Insatisfeito	194	32,3	32,3	94,3
	Muitoinsatisfeito	34	5,7	5,7	100,0
	Total	600	100,0	100,0	

Você considera que TEMPO PARA QUANDO A CONSULTA FOI MARCADA:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Demorou muito	170	28,3	28,3	28,3
	Demorou	107	17,8	17,8	46,2
	Demorou pouco	231	38,5	38,5	84,7
	Não demorou	92	15,3	15,3	100,0
	Total	600	100,0	100,0	

Com esse tempo você se sente, em relação ao TEMPO PARA QUANDO MARCADA CONSULTA:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	21	3,5	3,5	3,5
	Satisfeito	396	66,0	66,1	69,6
	Insatisfeito	169	28,2	28,2	97,8
	Muitoinsatisfeito	13	2,2	2,2	100,0
	Total	599	99,8	100,0	
Missing	System Missing	1	,2		
Total		600	100,0		

O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	511	85,2	85,2	85,2
Não	41	6,8	6,8	92,0
Não percebido	48	8,0	8,0	100,0
Total	600	100,0	100,0	

Você sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	420	70,0	70,0	70,0
Não	10	1,7	1,7	71,7
Mais ou menos	170	28,3	28,3	100,0
Total	600	100,0	100,0	

Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	571	95,2	95,2	95,2
Não	29	4,8	4,8	100,0
Total	600	100,0	100,0	

Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	560	93,3	93,3	93,3
Não	40	6,7	6,7	100,0
Total	600	100,0	100,0	

EXPECTATIVA: De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento é:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Melhor que imaginava	50	8,3	8,3	8,3
Igual ao que imaginava	419	69,8	69,8	78,2
Pior que imaginava	55	9,2	9,2	87,3
Não imaginava	76	12,7	12,7	100,0
Total	600	100,0	100,0	

ASSOCIAÇÃO ESPECIALIDADE DA CONSULTA E SER:

Crosstab

			Numer da SER						Total
			1	2	3	4	5	6	
Especialidade	CLINICO GERAL	Count	50	69	89	51	88	74	421
		% of Especialidade	11,9%	16,4%	21,1%	12,1%	20,9%	17,6%	100,0%
		% of Numer da SER	62,5%	86,3%	89,0%	63,8%	73,3%	52,9%	70,2%
		% of Total	8,3%	11,5%	14,8%	8,5%	14,7%	12,3%	70,2%
	PEDIATRA	Count	27	7	7	18	19	32	110
		% of Especialidade	24,5%	6,4%	6,4%	16,4%	17,3%	29,1%	100,0%
		% of Numer da SER	33,8%	8,8%	7,0%	22,5%	15,8%	22,9%	18,3%
		% of Total	4,5%	1,2%	1,2%	3,0%	3,2%	5,3%	18,3%
	GINECO	Count	3	4	4	9	11	29	60
		% of Especialidade	5,0%	6,7%	6,7%	15,0%	18,3%	48,3%	100,0%
		% of Numer da SER	3,8%	5,0%	4,0%	11,3%	9,2%	20,7%	10,0%
		% of Total	,5%	,7%	,7%	1,5%	1,8%	4,8%	10,0%
OUTRAS	Count	0	0	0	2	2	5	9	
	% of Especialidade	,0%	,0%	,0%	22,2%	22,2%	55,6%	100,0%	
	% of Numer da SER	,0%	,0%	,0%	2,5%	1,7%	3,6%	1,5%	
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,3%	,3%	,8%	1,5%	
Total	Count	80	80	100	80	120	140	600	
	% of Especialidade	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	
	% of Numer da SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	

Tabela : Grupo etário dos usuários X Sexo - Fortaleza/CE - 2008

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Grupo etário	13 - 19	Nº	1	45	46
		% grupo	2,2%	97,8%	100,0%
		% sexo	1,5%	8,4%	7,7%
		% total	,2%	7,5%	7,7%
	20 - 49	Nº	32	361	393
		% grupo	8,1%	91,9%	100,0%
		% sexo	48,5%	67,6%	65,5%
		% total	5,3%	60,2%	65,5%
	> 50	Nº	33	128	161
		% grupo	20,5%	79,5%	100,0%
		% sexo	50,0%	24,0%	26,8%
		% total	5,5%	21,3%	26,8%
Total		Nº	66	534	600
		% grupo	11,0%	89,0%	100,0%
		% sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% total	11,0%	89,0%	100,0%

Crosstab

			Numer da SER						Total
			1	2	3	4	5	6	
Faixa minuto	Menos 1 h	Count	34	19	22	34	42	51	202
		% of Faixa minuto	16,8%	9,4%	10,9%	16,8%	20,8%	25,2%	100,0%
		% of Numer da SER	50,7%	32,8%	28,6%	55,7%	46,2%	50,5%	44,4%
		% of Total	7,5%	4,2%	4,8%	7,5%	9,2%	11,2%	44,4%
	De 1 a 2 h	Count	25	22	41	19	24	32	163
		% of Faixa minuto	15,3%	13,5%	25,2%	11,7%	14,7%	19,6%	100,0%
		% of Numer da SER	37,3%	37,9%	53,2%	31,1%	26,4%	31,7%	35,8%
		% of Total	5,5%	4,8%	9,0%	4,2%	5,3%	7,0%	35,8%
	Acima de 2 h	Count	8	17	14	8	25	18	90
		% of Faixa minuto	8,9%	18,9%	15,6%	8,9%	27,8%	20,0%	100,0%
		% of Numer da SER	11,9%	29,3%	18,2%	13,1%	27,5%	17,8%	19,8%
		% of Total	1,8%	3,7%	3,1%	1,8%	5,5%	4,0%	19,8%
Total	Count	67	58	77	61	91	101	455	
	% of Faixa minuto	14,7%	12,7%	16,9%	13,4%	20,0%	22,2%	100,0%	
	% of Numer da SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	14,7%	12,7%	16,9%	13,4%	20,0%	22,2%	100,0%	

Crosstab

			Numer da SER						Total
			1	2	3	4	5	6	
A consulta foi marcada para quanto tempo?	Mesmo dia	N	75	60	81	66	94	106	482
		% consulta	15,6%	12,4%	16,8%	13,7%	19,5%	22,0%	100,0%
		% SER	93,8%	75,0%	81,0%	82,5%	78,3%	75,7%	80,3%
		% of Total	12,5%	10,0%	13,5%	11,0%	15,7%	17,7%	80,3%
	Até 7 dias	N	3	13	14	11	18	26	85
		% consulta	3,5%	15,3%	16,5%	12,9%	21,2%	30,6%	100,0%
		% SER	3,8%	16,3%	14,0%	13,8%	15,0%	18,6%	14,2%
		% of Total	,5%	2,2%	2,3%	1,8%	3,0%	4,3%	14,2%
	Mais de 1 semana	N	2	7	5	3	8	8	33
		% consulta	6,1%	21,2%	15,2%	9,1%	24,2%	24,2%	100,0%
		% SER	2,5%	8,8%	5,0%	3,8%	6,7%	5,7%	5,5%
		% of Total	,3%	1,2%	,8%	,5%	1,3%	1,3%	5,5%
Total	N	80	80	100	80	120	140	600	
	% consulta	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	
	% SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	

Tabela: Nível de satisfação dos usuários entrevistados quanto ao tempo para marcar consultas / SER - Fortaleza/CE - 2008

			Secretaria Executiva Regional - SER						Total
			1	2	3	4	5	6	
Satisfação quanto a marcação de consultas	Satisfeito	Nº	63	39	66	58	59	87	372
		% of satisfação marcação	16,9%	10,5%	17,7%	15,6%	15,9%	23,4%	100,0%
		% of Numer da SER	78,8%	48,8%	66,0%	72,5%	49,2%	62,1%	62,0%
		% of Total	10,5%	6,5%	11,0%	9,7%	9,8%	14,5%	62,0%
	Insatisfeito	Nº	17	41	34	22	61	53	228
		% of satisfação marcação	7,5%	18,0%	14,9%	9,6%	26,8%	23,2%	100,0%
		% of Numer da SER	21,3%	51,3%	34,0%	27,5%	50,8%	37,9%	38,0%
		% of Total	2,8%	6,8%	5,7%	3,7%	10,2%	8,8%	38,0%
	Total	Nº	80	80	100	80	120	140	600
		% of satisfação marcação	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%
		% of Numer da SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%

Tabela: Unidade de saúde bem sinalizada na visão dos usuários X SER - Fortaleza/CE - 2008

			Secretaria Executiva Regional - SER						Total
			1	2	3	4	5	6	
A unidade de saúde está bem sinalizada?	Sim	Nº	74	68	97	66	107	99	511
		% sinalização	14,5%	13,3%	19,0%	12,9%	20,9%	19,4%	100,0%
		% SER	92,5%	85,0%	97,0%	82,5%	89,2%	70,7%	85,2%
		% Total	12,3%	11,3%	16,2%	11,0%	17,8%	16,5%	85,2%
	Não	Nº	2	5	1	7	4	22	41
		% sinalização	4,9%	12,2%	2,4%	17,1%	9,8%	53,7%	100,0%
		% SER	2,5%	6,3%	1,0%	8,8%	3,3%	15,7%	6,8%
		% Total	,3%	,8%	,2%	1,2%	,7%	3,7%	6,8%
	Não percebido	Nº	4	7	2	7	9	19	48
		% sinalização	8,3%	14,6%	4,2%	14,6%	18,8%	39,6%	100,0%
		% SER	5,0%	8,8%	2,0%	8,8%	7,5%	13,6%	8,0%
		% Total	,7%	1,2%	,3%	1,2%	1,5%	3,2%	8,0%
Total	Nº	80	80	100	80	120	140	600	
	% sinalização	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	
	% SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	

Tabela : Expectativas dos usuários entrevistados quanto as UBS - Fortaleza/CE - 2008

			Nome da Unidade de Saúde		Total
			Filgueiras Lima	W.Alcantara	
Expectativa quanto a UBS	Melhor que imaginava	Nº	7	0	7
		% Expectativa	100,0%	,0%	100,0%
		% UBS	35,0%	,0%	17,5%
		% Total	17,5%	,0%	17,5%
	Igual ao que imaginava	Nº	11	20	31
		% Expectativa	35,5%	64,5%	100,0%
		% UBS	55,0%	100,0%	77,5%
		% Total	27,5%	50,0%	77,5%
	Pior que imaginava	Nº	1	0	1
		% Expectativa	100,0%	,0%	100,0%
		% UBS	5,0%	,0%	2,5%
		% Total	2,5%	,0%	2,5%
Não imaginava	Nº	1	0	1	
	% Expectativa	100,0%	,0%	100,0%	
	% UBS	5,0%	,0%	2,5%	
	% Total	2,5%	,0%	2,5%	
Total	Nº	20	20	40	
	% Expectativa	50,0%	50,0%	100,0%	
	% UBS	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	11,613 ^a	3	,009
Likelihood Ratio	15,128	3	,002
N of Valid Cases	40		

a. 6 cells (75,0%) expf < 5. Min exp = ,50...

Tabela: Expectativas dos usuários quanto às unidades de saúde - Fortaleza/CE - 2008

			Secretaria Executiva Regional-SER						Total
			1	2	3	4	5	6	
De uma maneira geral, você considera que esta unidade de saúde é:	Melhor que imaginava	Nº	7	4	4	15	5	15	50
		% Expectativa	14,0%	8,0%	8,0%	30,0%	10,0%	30,0%	100,0%
		% SER	8,8%	5,0%	4,0%	18,8%	4,2%	10,7%	8,3%
		% Total	1,2%	,7%	,7%	2,5%	,8%	2,5%	8,3%
	Igual ao que imaginava	Nº	54	54	84	47	92	88	419
		% Expectativa	12,9%	12,9%	20,0%	11,2%	22,0%	21,0%	100,0%
		% SER	67,5%	67,5%	84,0%	58,8%	76,7%	62,9%	69,8%
		% Total	9,0%	9,0%	14,0%	7,8%	15,3%	14,7%	69,8%
	Pior que imaginava	Nº	5	6	4	8	10	22	55
		% Expectativa	9,1%	10,9%	7,3%	14,5%	18,2%	40,0%	100,0%
		% SER	6,3%	7,5%	4,0%	10,0%	8,3%	15,7%	9,2%
		% Total	,8%	1,0%	,7%	1,3%	1,7%	3,7%	9,2%
Não imaginava	Nº	14	16	8	10	13	15	76	
	% Expectativa	18,4%	21,1%	10,5%	13,2%	17,1%	19,7%	100,0%	
	% SER	17,5%	20,0%	8,0%	12,5%	10,8%	10,7%	12,7%	
	% Total	2,3%	2,7%	1,3%	1,7%	2,2%	2,5%	12,7%	
Total	Nº	80	80	100	80	120	140	600	
	% Expectativa	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	
	% SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	13,3%	13,3%	16,7%	13,3%	20,0%	23,3%	100,0%	

Teste Qui-quadrado - Tabela: Expectativas usuários quanto às UBS

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	41,318 ^a	15	,000
Likelihood Ratio	39,051	15	,001
Linear-by-Linear Association	,858	1	,354
N of Valid Cases	600		

a. 0 cells (,0%) expf < 5. Min exp = 6,67...

Tabela: Expectativas dos usuários quanto as UBS : Filgueiras Lima e Waldemar de Alcântar _ Fortaleza/CE - 2008

			Nome da Unidade de Saúde		Total
			Filgueiras Lima	Waldemar Alcantara	
EXPECTATIVA: De forma geral você considera que esta unidade é:	Melhor que imaginava	Nº	7	0	7
		% EXPECTATIVA	100,0%	,0%	100,0%
		% UBS	35,0%	,0%	17,5%
		% Total	17,5%	,0%	17,5%
	Igual ao que imaginava	Nº	11	20	31
		% EXPECTATIVA	35,5%	64,5%	100,0%
		% UBS	55,0%	100,0%	77,5%
		% Total	27,5%	50,0%	77,5%
	Pior que imaginava	Nº	1	0	1
		% EXPECTATIVA	100,0%	,0%	100,0%
		% UBS	5,0%	,0%	2,5%
		% Total	2,5%	,0%	2,5%
Não imaginava	Nº	1	0	1	
	% EXPECTATIVA	100,0%	,0%	100,0%	
	% UBS	5,0%	,0%	2,5%	
	% Total	2,5%	,0%	2,5%	
Total	Nº	20	20	40	
	% EXPECTATIVA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% UBS	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	50,0%	50,0%	100,0%	

APÊNDICE D: TABELAS DE FREQUÊNCIAS – BANCO: TRABALHADORES

Fonte: Banco de dados – Usuários – SPSS 15.0

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	89	20,0	20,0	20,0
	Feminino	356	80,0	80,0	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medico	80	18,0	18,0	18,0
	enfermeiro	103	23,1	23,1	41,1
	aux ou tec enfermagem	152	34,2	34,2	75,3
	agente administrativo	110	24,7	24,7	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Médio	249	56,0	56,0	56,0
	Superior	77	17,3	17,3	73,3
	Pós-graduação	119	26,7	26,7	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Carga horária semanal:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	39	8,8	8,8	8,8
	30	78	17,5	17,5	26,3
	36	1	,2	,2	26,5
	40	327	73,5	73,5	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Qual o tipo de vínculo/contrato formal de trabalho você tem com esse estabelecimento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CLT	40	9,0	9,0	9,0
	Concusardo	216	48,5	48,5	57,5
	Contrato temporário(sem CLT)	13	2,9	2,9	60,4
	Cargo comissionado	21	4,7	4,7	65,2
	Terceirizado	155	34,8	34,8	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Carga de trabalho:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Alta	76	17,1	17,1	17,1
Normal	368	82,7	82,7	99,8
Pouca	1	,2	,2	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Tamanho da equipe:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito bom	52	11,7	11,7	11,7
Bom	200	44,9	44,9	56,6
Regular	153	34,4	34,4	91,0
Ruim	35	7,9	7,9	98,9
Muito ruim	5	1,1	1,1	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Distribuição das tarefas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito bom	48	10,8	10,8	10,8
Bom	223	50,1	50,1	60,9
Regular	132	29,7	29,7	90,6
Ruim	35	7,9	7,9	98,4
Muito ruim	7	1,6	1,6	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Segurança para execução do trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito bom	25	5,6	5,6	5,6
Bom	135	30,3	30,3	36,0
Regular	149	33,5	33,5	69,4
Ruim	83	18,7	18,7	88,1
Muito ruim	53	11,9	11,9	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Acomodações e mobiliário da UBS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito bom	11	2,5	2,5	2,5
Bom	133	29,9	29,9	32,4
Regular	182	40,9	40,9	73,3
Ruim	78	17,5	17,5	90,8
Muito ruim	41	9,2	9,2	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Considerações dos trabalhadores quanto a higiene do ambiente UBS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	44	9,9	9,9	9,9
	Bom	194	43,6	43,6	53,5
	Regular	135	30,3	30,3	83,8
	Ruim	47	10,6	10,6	94,4
	Muito ruim	25	5,6	5,6	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Disponibilidade de materiais e equipamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	17	3,8	3,8	3,8
	Bom	134	30,1	30,1	33,9
	Regular	183	41,1	41,1	75,1
	Ruim	79	17,8	17,8	92,8
	Muito ruim	32	7,2	7,2	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Consideram o Salário :

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	8	1,8	1,8	1,8
	Bom	92	20,7	20,7	22,5
	Regular	197	44,3	44,3	66,7
	Ruim	89	20,0	20,0	86,7
	Muito ruim	59	13,3	13,3	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Relacionamento com a chefia imediata

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	209	47,0	47,0	47,0
	Bom	174	39,1	39,1	86,1
	Regular	39	8,8	8,8	94,8
	Ruim	15	3,4	3,4	98,2
	Muito ruim	8	1,8	1,8	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Estimulo do estabelecimento ao seu trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito bom	85	19,1	19,1	19,1
	bom	189	42,5	42,5	61,6
	regular	115	25,8	25,8	87,4
	ruim	38	8,5	8,5	96,0
	muito ruim	18	4,0	4,0	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Valorização do seu trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	96	21,6	21,6	21,6
	Bom	189	42,5	42,5	64,0
	Regular	106	23,8	23,8	87,9
	Ruim	34	7,6	7,6	95,5
	Muito ruim	20	4,5	4,5	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

As atividades que você realiza estão de acordo como cargo e/ou função para qual foi contratado?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	398	89,4	89,4	89,4
	Não	47	10,6	10,6	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Você se sente motivado neste serviço?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	200	44,9	44,9	44,9
	Às vezes	225	50,6	50,6	95,5
	Nunca	20	4,5	4,5	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Você participadas reuniões de equipe?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	281	63,1	63,1	63,1
	Às vezes	141	31,7	31,7	94,8
	Nunca	10	2,2	2,2	97,1
	Não há reuniões	13	2,9	2,9	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Existe algum local neste estabelecimento que acolha suas opiniões, reclamações ou dificuldades?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	314	70,6	70,6	70,6
	Não	131	29,4	29,4	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para um amigo ou parente?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	411	92,4	92,4	92,4
	Não	33	7,4	7,4	99,8
	11	1	,2	,2	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

De forma geral você considera que este estabelecimento é?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	88	19,8	19,8	19,8
	Bom	243	54,6	54,6	74,4
	Regular	101	22,7	22,7	97,1
	Ruim	12	2,7	2,7	99,8
	Muito ruim	1	,2	,2	100,0
	Total	445	100,0	100,0	

Tabela: Satisfação dos trabalhadores quanto a distribuição das tarefas por SER - Fortaleza/CE - 2008

			ser						Total
			I	II	III	IV	V	VI	
Distribuição das tarefas	Satisfatório	Nº	39	29	37	45	57	64	271
		% Distribuição das tarefas	14,4%	10,7%	13,7%	16,6%	21,0%	23,6%	100,0%
		% SER	52,0%	54,7%	54,4%	69,2%	69,5%	62,7%	60,9%
		% Total	8,8%	6,5%	8,3%	10,1%	12,8%	14,4%	60,9%
	Regular	Nº	28	16	21	16	20	31	132
		% Distribuição das tarefas	21,2%	12,1%	15,9%	12,1%	15,2%	23,5%	100,0%
		% SER	37,3%	30,2%	30,9%	24,6%	24,4%	30,4%	29,7%
		% Total	6,3%	3,6%	4,7%	3,6%	4,5%	7,0%	29,7%
	Insatisfatório	Nº	8	8	10	4	5	7	42
		% Distribuição das tarefas	19,0%	19,0%	23,8%	9,5%	11,9%	16,7%	100,0%
		% SER	10,7%	15,1%	14,7%	6,2%	6,1%	6,9%	9,4%
		% Total	1,8%	1,8%	2,2%	,9%	1,1%	1,6%	9,4%
Total	Nº	75	53	68	65	82	102	445	
	% Distribuição das tarefas	16,9%	11,9%	15,3%	14,6%	18,4%	22,9%	100,0%	
	% SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	16,9%	11,9%	15,3%	14,6%	18,4%	22,9%	100,0%	

TABELA - Segurança para execução do trabalho na opinião dos trabalhadores por SER - Fortaleza/CE - 2008

			Secretaria Executiva Regional - SER						Total
			I	II	III	IV	V	VI	
Segurança para execução do trabalho	Satisfatório	Nº	30	13	27	21	36	33	160
		% Segurança	18,8%	8,1%	16,9%	13,1%	22,5%	20,6%	100,0%
		% SER	40,0%	24,5%	39,7%	32,3%	43,9%	32,4%	36,0%
		% Total	6,7%	2,9%	6,1%	4,7%	8,1%	7,4%	36,0%
	Regular	Nº	23	14	25	19	26	42	149
		% Segurança	15,4%	9,4%	16,8%	12,8%	17,4%	28,2%	100,0%
		% SER	30,7%	26,4%	36,8%	29,2%	31,7%	41,2%	33,5%
		% Total	5,2%	3,1%	5,6%	4,3%	5,8%	9,4%	33,5%
	Insatisfatório	Nº	22	26	16	25	20	27	136
		% Segurança	16,2%	19,1%	11,8%	18,4%	14,7%	19,9%	100,0%
		% SER	29,3%	49,1%	23,5%	38,5%	24,4%	26,5%	30,6%
		% Total	4,9%	5,8%	3,6%	5,6%	4,5%	6,1%	30,6%
Total	Nº	75	53	68	65	82	102	445	
	% Segurança	16,9%	11,9%	15,3%	14,6%	18,4%	22,9%	100,0%	
	% SER	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	16,9%	11,9%	15,3%	14,6%	18,4%	22,9%	100,0%	

ANEXOS

ANEXO A: INSTRUMENTO AVALIATIVO I: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA (PNASS/MS)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Data: ____/____/____ Unidade Básica de Saúde: _____

Coordenador UBS: _____

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

11. LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO

1.1 O funcionamento do estabelecimento (UB) está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.

SIM () especifique qual categoria profissional _____

NÃO () Se não, justifique : _____

1.2 Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.

SIM () especifique qual categoria profissional _____

NÃO ()

1.3 O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.

SIM () NÃO ()

1.4 As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.

SIM () NÃO ()

1.5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.

SIM () NÃO ()

1.6 Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.

SIM () NÃO ()

2. DEMANDA USUÁRIO E SOCIEDADE

2.1 Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.

(D.O)

SIM () NÃO ()

2.2 Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.(D)

SIM () NÃO ()

2.3 Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.(D.O)

SIM () NÃO ()

2.4 Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.(D.O)

SIM () NÃO ()

2.5 Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.(D)

SIM () NÃO ()

2.6 Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.(D.O)

SIM () NÃO ()

3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO

3.1 Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.(D.O)

SIM () NÃO ()

3.2 Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.(D.O)

SIM () NÃO ()

3.3 Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória. (D.O)

SIM () NÃO ()

3.4 Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.(D)

SIM () NÃO ()

3.5 Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.

SIM () NÃO ()

14. GESTÃO DE PESSOAS

4.1 Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento. (D.O)

SIM () NÃO ()

4.2 Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos. (D)

SIM () NÃO ()

4.3 Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho. (D)

SIM () NÃO ()

4.4 O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.(D)

SIM () NÃO ()

4.5 . Há política de educação permanente.(D)

SIM () NÃO ()

4.6 O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores. (D)

SIM () NÃO ()

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. GERENCIAMENTO DE RISCO

5.1 A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.(D.O)

SIM () NÃO ()

5.2 Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.(D.O)

SIM () NÃO ()

5.3 Realiza o controle de vetores.(D.O)

SIM () NÃO ()

5.4 O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado (D)

SIM () NÃO ()

6. GESTÃO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

6.1 Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.(D.O)

SIM () NÃO ()

6.2 Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.(O)

SIM () NÃO ()

6.3 Realiza manutenção predial corretiva. (D)

SIM () NÃO ()

6.4 O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes (D)

SIM () NÃO ()

6.5 Garante condições de segurança contra incêndio.(D.O)

SIM () NÃO ()

6.6 As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento (O)

SIM () NÃO ()

7. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

7.1 Os equipamentos (*autoclaves e/ou raios-X*) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente. (D.O)

SIM () NÃO ()

7.2 . Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva (D.O)

SIM () NÃO ()

7.3 O equipamento tem registro na ANVISA (D)

SIM () NÃO ()

7.4 Há manutenção preventiva dos equipamentos(D)

SIM () NÃO ()

7.5 Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.

SIM () NÃO ()

7.6 . Todos os equipamentos estão inventariados(D.O)

SIM () NÃO ()

8. GESTÃO DE MATERIAIS

8.1 O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem). (D.O)

SIM () NÃO ()

8.2 Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos (D.O)

SIM () NÃO ()

8.3 . Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente. (D.O)

SIM () NÃO ()

8.4 Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual. (D.O)

SIM () NÃO ()

9. HIGIENE DO AMBIENTE E PROCESSAMENTO DE ROUPAS

9.1 A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado (D.O)

SIM () NÃO ()

19.2 São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário. (D.O)

SIM () NÃO ()

9.3. O transporte e o processamento de roupas limpas e sujas ocorre sem que haja o contato direto das mesmas.(D.O)

SIM () NÃO ()

9.4 Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados, supervisionados e estão em locais disponíveis e de fácil acesso (D.O)

SIM () NÃO ()

9.5 Os saneantes usados são registrados junto a ANVISA (D)

SIM () NÃO ()

9.6 Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.(D.O)

SIM () NÃO ()

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

10. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

10.1 Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.(D,O)

SIM () NÃO ()

10.2 Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde. (O)

SIM () NÃO ()

10.3 Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.(D,O)

SIM () NÃO ()

10.4 Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.(D,O)

SIM () NÃO ()

11. ATENÇÃO EM REGIME AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES

11.1 O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.(D,O)

SIM () NÃO ()

11.2 Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.(D,O)

SIM () NÃO ()

11.3 A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.(D, O)

SIM () NÃO ()

11.4 A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.(D,O)

SIM () NÃO ()

11.5 Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno. (D,O)

SIM () NÃO ()

11.6 O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.(D,O/P)

SIM () NÃO ()

ANEXO B: INSTRUMENTO AVALIATIVO II: PESQUISA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS

(Instrumento na íntegra. Questões que não se aplicavam às unidades básicas de saúde foram excluídas durante as entrevistas)

Perfil do Usuário	
Idade:	
Sexo:	() Masculino () Feminino
Escolaridade:	() analfabeto () Básico [1º. a 4º. série] () fundamental [5ª a 8ª série] () médio [2º grau] () superior () pós-graduação
<p>(A) Pergunta 1: Quanto tempo você levou para marcar esta consulta? _____ . você considera que: <input type="checkbox"/> Demorou muito () Demorou () Demorou pouco () Não demorou Com esse tempo você se sente: <input type="checkbox"/> Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito <i>Agilidade e adequação no agendamento: Compreende desde o primeiro contato para marcação da consulta, seja pelo PSF, Centrais de marcação de consulta, etc; até a efetiva marcação.</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 2: Você considera que a espera pelo atendimento: <input type="checkbox"/> Demorou muito () Demorou () Demorou pouco () Não demorou Com isso você se sente: <input type="checkbox"/> Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito <i>Agilidade no atendimento de acordo com o agendamento do serviço.</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 3: A equipe de saúde demonstrou. educação: () Sim () Não respeito: () Sim () Não interesse: () Sim () Não em relação a isso (educação e respeito) você se sente? <input type="checkbox"/> Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito <i>Todos envolvidos na assistência (médicos, enfermeiros; apoio; segurança, administrativo, etc.) prestam assistência de forma humanizada, com hospitalidade, buscando proteger a integridade física e mental dos usuários e familiares.</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 4: Como você julga a limpeza dos ambientes? <input type="checkbox"/> Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim <i>Ambientes são limpos, propiciando conforto e bem estar (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios, etc.)</i></p> <p>(E/A/I) Pergunta 5: Como você julga o conforto dos ambientes? <input type="checkbox"/> Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim <i>Os Ambientes são ventilados e iluminados e os móveis estão suficientemente limpos e íntegros, propiciando conforto e bem estar (moveis,quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios, etc.)</i></p>	

(E/A/I) Pergunta 6: O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir?

Sim Não Não percebido

Localização e orientação dos diversos setores, através de placas indicativas.

(E/A/I) Pergunta 7: Você sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

Sim Não Mais ou menos

Segurança e confiança do usuário e/ou familiares em relação aos profissionais que lhes prestaram assistência.

(E/I) Pergunta 8: Você considera que as roupas fornecidas pelo estabelecimento são:

Limpas: Sim Não Não fornece

Confortáveis: Sim Não Não fornece

Roupas íntegras, limpas, sem cheiro forte e confortáveis.

em relação a isso (limpeza e conforto das roupas) você se sente?

Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

(E/I) Pergunta 9: Sobre a alimentação fornecida pelo estabelecimento, você esta?

Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Dietas fornecidas conforme prescrição nutricional, centrada no diagnóstico. Com boa aparência, quantidade suficiente e temperatura adequada. Mantendo horários pré-estabelecidos pela unidade ou conforme necessidade.

(E/A/I) Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?

Sim Não

(E/A/I) Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu? Sim Não

(E/A/I) Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar? Sim Não

(E/A/I) Você pagou por algum procedimento recebido neste atendimento? Sim Não

(E/A/I) EXPECTATIVA: De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento é:
 Melhor que imaginava Igual ao que imaginava Pior que imaginava Não imaginava

ANEXO C: INSTRUMENTO AVALIATIVO III: PESQUISA DAS CONDIÇÕES E
RELAÇÕES DOS TRABALHADORES

PERFIL DO TRABALHADOR					
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Idade:		
Profissão:					
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação				
Carga horária:					
Observações :Preencha obrigatoriamente todos os itens.					
1. Qual o tipo de vínculo/contrato formal de trabalho você tem com esse estabelecimento de saúde?					
<input type="checkbox"/> CLT[contratado pelo próprio estabelecimento]					
<input type="checkbox"/> Concursado <input type="checkbox"/> Contrato temporário[sem CLT] <input type="checkbox"/> Militar					
<input type="checkbox"/> Terceirizado(contratado por empresa prestadora de serviço) <input type="checkbox"/> Autônomo					
2. Como você julga o (a):					
Carga de trabalho	<input type="checkbox"/> alta		<input type="checkbox"/> normal		<input type="checkbox"/> pouca
Tamanho (dimensionamento) da equipe	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Distribuição das tarefas	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Segurança para execução do trabalho	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Acomodações e mobiliário	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Higiene do ambiente	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim

Salário	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Medicina do trabalho	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Relacionamento com a chefia imediata	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Estimulo do estabelecimento ao seu trabalho	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
Valorização de seu trabalho	<input type="checkbox"/> muito bom	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> muito ruim
3. As atividades que você realiza estão de acordo com cargo e/ou função para qual foi contratado?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
4. Você se sente motivado neste serviço?					
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca					
5. Você participa das reuniões de equipe?					
<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não há reuniões de equipe					
6. Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões, reclamações ou dificuldades?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
7. Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para um amigo ou parente?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
8. De forma geral você considera que este estabelecimento é:					

ANEXO D: DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Secretaria Executiva Regional I – 12 Unidades (04 na amostra)

1.C.S. FLORESTA

Endereço: Rua Ten. José Barreira, 251

CEP: 60.336-040

Bairro: Álvaro Weyne

Fones:(85) 3452.6657/ 6659

2.C.S. CARLOS RIBEIRO

Endereço:Rua Jacinto Matos, 944

CEP: 60.310-210

Bairro:Jacarecanga

Fone: (85) 3452.6375/ 6376

3 .UBASF GUIOMAR ARRUDA

Endereço:Rua Gal Costa Matos, 06

CEP: 60.310-690

Bairro: Pirambu

Fone: (85) 3452.6377/ 6378

4.UBASF FCº DOMINGOS DA SILVA

Endereço:Av. Castelo Branco, 4707

CEP: 60.312-060

Bairro: Barra do Ceará

Fone: (85)3452.6643/ 6644

Secretaria Executiva Regional II – 11 Unidades (04 na amostra)

1.UBASF AÍDA SANTOS E SILVA

Endereço: Rua Trajano de Medeiro, 813

CEP: 60.132-080

Bairro: Vicente Pinzon

Fone: (85) 3265.6566 / 3452.2734

FAX:3433.2734

2.C.S. ODORICO DE MORAIS

Endereço: Rua: São Bernardo do Campo, s/n CEP: 60.180-710

Bairro: Castelo Encantado

Fone: (85) 3433.2738

3.C.S. IRMÃ HERCILIA ARAGÃO

Endereço: Rua Frei Vidal, 1821

CEP: 60.120-100

Bairro: São João do Tauape

Fone: (85) 3452.1883/ 1834

FAX: 3257.4620

4.C.S. PAULO MARCELO

Endereço: Rua 25 de Março, 607

CEP: 60.060-120

Bairro: Centro

Fone: (85) 3254.2273/3101.2722

FAX: 3433.9701

Secretaria Executiva Regional III - 14 Unidades (5 na amostra)

1.UBASF PROF. LUIS RECAMOND CAPELO

Endereço: Rua Maria Quintela, 935

Bairro: Bom Sucesso

Fone: (85) 3488.3252

2.C.S. FERNANDES TÁVORA

Endereço: Rua Maceió, 1354

Bairro: Henrique Jorge

Fone: (85) 3488.3254

3.C.S. SANTA LIDUÍNA

Endereço: Rua Prof. João Bosco, 213

Bairro: Rodolfo Teófilo

Fone: (85) 3433.2569

4.C.S. WALDEMAR DE ALCÂNTARA

Endereço: Rua Silveira Filho, 903

Bairro: Jockey Clube

Fone: (85) 3488.3253

5. C.S. ELIEZER STUDART

Endereço: Rua Tomás Cavalcante, 545

Bairro: Autran Nunes

Fone: (85) 3488.3259

Secretaria Executiva Regional IV – 11 Unidades (04 na amostra)

1.UBASF LUÍS ALBUQUERQUE MENDES

Endereço: Rua Benjamin Franklin, 735

Bairro: Serrinha

Fone: (85) 3131.7335/ 3292.7735

Fone: (85) 3482.8576/ 0164

8.C.S. FILGUEIRAS LIMA

Endereço: Av. Dos Expedicionários, 3910

Bairro: Jd. América

Fone: (85) 3131.1697/ 3494.1480

9.C.S. Dr. ROBERTO DA SILVA BRUNO

Endereço: Av. Borges de Melo, 910

Bairro: Fátima

Fone: (85) 3227.9177/ 3272.0060

10.C.S. MARIA JOSÉ TURBAY BARREIRA

Endereço: Rua Gonçalves Souto, 420

Bairro: Vila União

Fone: (85) 3272-4055

Secretaria Executiva Regional V – 18 Unidades (06 na amostra)

1.UBASF GALBA ARAÚJO

Endereço: AV. Senador F. Távora, 3161

CEP: 60533-590

Bairro: Genibaú

Fone: (85) 3452.6753

2.UBASF DOM LUSTOSA

Endereço: R. Cel. João Correia, s/n

Bairro: Granja Lisboa

Fone: (85) 3452.2464

3.UBASF LUCIANO TORRES DE MELO

Endereço: R. Delta, 365

CEP: 60713-440

Bairro: Vila Manoel Sátiro

Fone: (85) 3433 4922

4. CMES ZÉLIA CORREIA

Endereço: R. Antônio Pereira, 1495

CEP: 60760-520

Bairro: Planalton Airton Senna

Fone: 3433.4900

5. C.S. EDMILSON PINHEIRO

Endereço: Av. H, 2191

Bairro: Granja Lisboa

Fone: (85) 3452-2421

6. C. S. PEDRO CELESTINO

Endereço: R. Gastão Justo, 215

CEP: 60762-060

Bairro: Maraponga

Fone: (85) 3433.4915

Secretaria Executiva Regional VI – 19 Unidades (07 na amostra)

1. UBASF PROF. JOÃO HIPÓLITO

Endereço: Rua 03, n.º 88 – Napoleão Viana

Bairro: Dias Macedo

Fone: (85) 3295.2707/ 3289.4098

2. UBASF TEREZINHA PARENTE

Endereço: Rua Nelson Coelho, 209

Bairro: Curió

Fone: (85) 3476.9033

3. UBASF JANIVAL DE ALMEIDA

Endereço: Rua Coelho Garcia, 25

Bairro: Passaré

Fone: (85) 3295.2655/ 34332947

4. C.S. CÉSAR CALS DE OLIVEIRA

Endereço: Rua Capitão Aragão, 565

Bairro: Aerolândia

Fone: (85) 3272.4501/ 3472.3320

5. C. S. MANUEL CARLOS GOUVEIA

Endereço: Av. Des. Fausto Albuquerque, 486

Bairro: Jd. das Oliveiras

Fone: (85) 3279.2050

6. C.S. EDMAR FUJITA

Endereço: Av. Alberto Craveiro, 480

Bairro: Dias Macedo

Fone: (85) 3452.5130

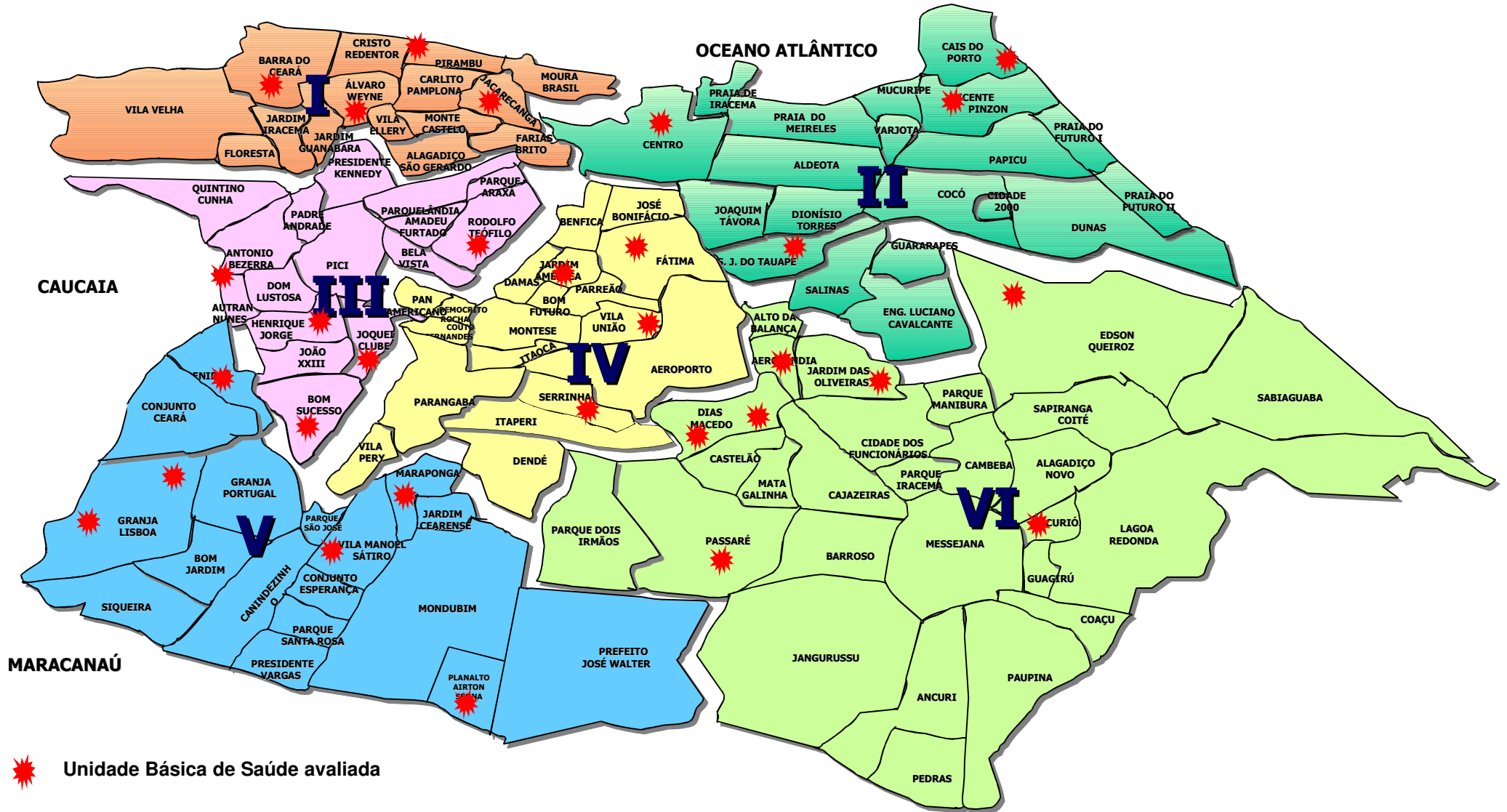
7. CMES PROF. MONTEIRO DE MORAES

Endereço: Av. Evilásio Miranda, 391

Bairro: Água Fria

Fone: (85) 3278.2755

ANEXO E: MAPA: DISTRIBUIÇÃO TOPOGRÁFICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Secretaria Executiva Regional – SER



ANEXO F: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE