



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ÂNGELA SILVIA SALES LIMA**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM FORTALEZA, SOB A  
ÓTICA DAS MÃES DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS**

**FORTALEZA-CE  
2009**

ÂNGELA SILVIA SALES LIMA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM FORTALEZA, SOB A  
ÓTICA DAS MÃES DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: EPIDEMIOLOGIA.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Maria Tavares Machado

Fortaleza-CE  
2009

L732a

Lima, Ângela Silvia Sales

Avaliação da atenção básica em Fortaleza, sob a ótica das mães de crianças menores de 5 anos / Ângela Silvia Sales Lima . — Fortaleza, 2009.

131 p. ; il.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária.

1. Criança – enfermagem. 2. Acesso. 4. Humanização. 5. Avaliação. 6. Satisfação do usuário. I. Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária.

CDD: 610.73

ÂNGELA SILVIA SALES LIMA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM FORTALEZA, SOB A  
ÓTICA DAS MÃES DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (DSC/FM/UFC)

---

Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Co-orientador)  
Universidade Federal do Ceará (DSC/FM/UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Universidade de Fortaleza (DS/CCS/URCA/UNIFOR)

Não apenas esse projeto, mas todas as minhas conquistas profissionais são dedicadas aos meus pais, José Maria e Analúcia, que em nenhum momento deixaram de me apoiar.

A meu marido Leôncio, e filhos Gabriel e João Victor, que me inspiram e me fazem acordar todos os dias com a mesma força e a mesma vontade de seguir lutando... vivendo... amando.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, criador de todo o universo. Tenho certeza que sem Ele eu não estaria agora escrevendo estas palavras de agradecimentos. Porque Dele, por Ele e para Ele, são todas as coisas, inclusive minha vida;

A minha orientadora professora Márcia Machado pela paciência, competência e seriedade como me conduziu durante essa árdua tarefa;

Ao professor Gomes, pelo apoio incentivo e motivação;

A FUNCAP, pelo apoio à realização da pesquisa e financiamento do projeto;

Aos pesquisadores de campo (Álvaro, Carlos, Irene e Jéssica) peças fundamentais desta pesquisa;

Ao prefeito e secretaria de saúde de Acaraú, Duquinha e Liduína Freitas pela oportunidade de realização deste sonho;

Ao Daniel, pela disponibilidade, paciência e lições de SSPS e Epi Info, fundamentais ao processamento e análise dos dados deste trabalho;

Aos meus amigos: Áurea, Álida, Alex, Katiana, João Luís, Paulo, Glória e Sousa pelo apoio e compreensão nas horas de dificuldades;

As mães que participaram desta pesquisa, e a todos os colegas com os quais tive a oportunidade e o prazer de conviver,

**O MEU MUITO OBRIGADO!**

Somente se compreende a vida como uma  
Luta constante, onde a esperança do amanhã,  
A vontade de participar e realizar estejam presentes  
Em cada gesto e atitude.  
Porque é o desafio que nos difere das demais  
Espécies. A capacidade de pensar, produzir,  
Realizar, guiar nosso futuro pelas nossas mãos.

(Olavo Bilac)

## RESUMO

O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso. O Programa Saúde da Família condiz com a proposta de humanização do setor saúde, por propor mudanças no modelo assistencial tradicional a partir de ações voltadas para a atenção primária centrada na família. Estudo transversal, domiciliar, quantitativo, teve por finalidade avaliar a atenção básica de Fortaleza, sob a ótica de mães de crianças menores de 5 anos. Vale ressaltar que a capital do Ceará, Fortaleza, está passando por um processo de re-estruturação da atenção básica com a implantação de novas equipes de PSF. Com 98 unidades básicas de saúde e 304 equipes de PSF (45% de cobertura), a capital possui uma população estimada pelo IBGE para 2007 de 2.431.415 habitantes; destes, 234.674 são crianças menores de 5 anos. O estudo utilizou uma amostra probabilística constituída de 350 mães distribuídas nas seis Secretarias Regionais de Saúde de Fortaleza. A entrevista abordou aspectos relacionados às características socioeconômicas e demográficas, acessibilidade, humanização e satisfação com o atendimento. Para análise estatística foram calculadas as estimativas de proporções, qui-quadrado, OR e RR com intervalo de confiança de 95%, utilizando-se os programas Epi-info 6.04 e SSPS. Os resultados mostraram que 93,4% das famílias eram usuárias exclusivas do SUS. Quando indagadas sobre a trajetória de busca de atendimento 68% das mães procuravam os serviços de atenção básica, sendo que 89,7% procuravam diretamente o serviço de saúde. Quanto à relação estabelecida entre profissional/ cliente, 57,7% das mães sabia o nome do profissional que as atendeu, 63,7% informaram terem sido tratadas pelo nome por ocasião da consulta, 72,3% afirmaram que o profissional examinou a criança e deu orientações, 78,8% compreenderam as informações recebidas. Sugerindo uma vinculação positiva dos usuários aos serviços. Ao correlacionarmos algumas variáveis de assistência à saúde ao nível de satisfação pelo atendimento recebido, pudemos perceber claramente que as relações de comunicação entre os profissionais e as mães, apresentaram significância estatística. Dentre estas variáveis podemos apresentar: saber o nome do profissional ( $p < 0.03$ ); profissional tratou mãe/criança pelo nome ( $p = 0.00$ ), profissional examinou a criança e deu informações ( $p = 0.00$ ), mãe compreendeu todas as informações recebidas ( $p = 0.00$ ). Esse fato reforça a necessidade de uma adequação das consultas para todos os profissionais que atendem nas unidades de saúde da família de Fortaleza. Quanto ao nível de satisfação e a acessibilidade ao serviço, constatou-se que as variáveis que apresentaram significância estatística foram: satisfação por ter conseguido atendimento no dia que precisaram ( $p < 0.05$ ), tempo de espera para realização da consulta ( $p = 0.00$ ), e por terem sido encaminhadas ao PSF pelo ACS ( $p < 0.04$ ). Verificou-se ainda que, as salas de espera com entretenimento para a criança influenciam diretamente na satisfação das mães ( $p = 0.00$ ). O estudo mostrou que a maioria das mães (62,3%) está satisfeita com o atendimento recebido por seus filhos nos serviços de saúde em Fortaleza, no bojo dessa satisfação, os profissionais mais destacados foram os médicos.

**Palavras-chave:** criança, acesso, humanização, avaliação e satisfação do usuário.

## ABSTRACT

The humanization concept has been occupying a prominence place in the current ones proposed of reconstruction of the practices of health in Brazil, in the sense of its largest integrality, effectiveness and access. The PSF has the proposal of humanization of the section health, for proposing changes in the traditional assistencial model starting from actions gone back to the primary attention centered in the family. I study traverse, home, quantitative, that had for purpose to evaluate the basic attention of Fortaleza, under the smaller children's 5 years old mothers' optics. It is worth to stand out that the capital of Ceará, Fortaleza, it is going by a process of reverse-structuring of the basic attention with the implantation of new teams of PSF. With 98 basic units of health and 304 teams of PSF (45% of covering), the capital possesses a dear population for IBGE for 2007 of 2.431.415 inhabitants; of these, 234.674 are smaller children 5 years old. The study used a probabilistic sample constituted of 350 mothers distributed in the six Regional Secretariat of Health of Fortaleza. The interview approached aspects related to the socioeconomic and demographic characteristics, accessibility, humanization and satisfaction with the service. For statistical analysis the estimates of proportions were made calculations, qui-square, OR and RR with interval of trust of 95%, being used the programs Epi-info 6.04 and SSPS. The results showed that 93,4% of the families were exclusive users of SUS. When investigated on the path of search of the mothers' service 68% sought the services of basic attention, and 89,7% sought the service of health directly. As for the established relationship among professional / customer, 57,7% of the mothers knew the professional's name that he/she assisted them, 63,7% informed have been treated by the name by occasion of the consultation, 72,3% affirmed that the professional examined the child and she gave orientations, 78,8% understood the received information. Suggesting a positive vinculation of the users to the services. When we correlate some varied from attendance to the health at the satisfaction level for the received service, we could notice clearly that the communication relationships between the professionals and the mothers, presented signification statistical. Among these variables we can present: to know the professional's name ( $p < 0.03$ ); professional treated mother/child for the name ( $p = 0.00$ ), professional examined the child and she gave information ( $p = 0.00$ ), mother understood all of the received information ( $p = 0.00$ ). That fact reinforces the need of an adaptation of the consultations for all the professionals that assist in the units of health of the family of Fortaleza. As for the satisfaction level and the accessibility to the service, it was verified that the variables that presented statistical signification were: satisfaction for to have gotten service in the day that they needed ( $p < 0.05$ ), time of wait for accomplishment of the consultation ( $p = 0.00$ ), and for they have been directed to PSF by ACS ( $p < 0.04$ ). It was verified although, the waiting rooms with entertainment for the child influence directly in the mothers' satisfaction ( $p = 0.00$ ). The study showed that most of the mothers (62,3%) are satisfied with the service received by their children in the services of health in Fortaleza, in the salience of that satisfaction, the most outstanding professionals were the doctors.

Word-key: child health, health services accessibility, humanization of assistance, health evaluation, patient satisfaction.

## LISTA DE TABELAS

1 –	Situação das equipes do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, no período de 2003-2006.....	25
2 –	Situação das equipes do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Ceará, no período de 2003-2006.....	28
3 –	Situação das equipes do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Fortaleza, no período de 2003-2006.....	28
4 –	Estimativa da População de crianças menores de 5 anos por Secretaria Executiva Regional, Fortaleza-CE, 2007.....	56
5 –	Número de unidades básicas de saúde e Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Secretaria Executiva Regional, Fortaleza-CE, 2007.....	57
6 –	Bairros com número de domicílios que participaram do inquérito por SER em Fortaleza-CE, 2008.....	59
7 –	Características socioeconômicas das mães de crianças menores de 5 anos usuárias da Atenção Básica em saúde amostradas em Fortaleza-CE, 2008.	63
8 –	Características das crianças menores de 5 anos, usuárias da atenção básica amostradas em Fortaleza-CE, 2008.....	65
9 –	Caracterização dos domicílios particulares permanentes das mães de crianças menores de 5 anos usuárias da atenção básica amostradas em Fortaleza-CE, 2008.....	66
10 –	Utilização do serviço de saúde pelas crianças menores de 5 anos, com trajetória de busca de atendimento e motivos para escolha do serviço amostradas em Fortaleza-CE, 2008.....	68
11 –	Satisfação das mães de crianças menores de 5 anos quanto ao atendimento recebido por seus filhos na atenção básica de Fortaleza-CE, 2008.....	70
12 –	Análise univariada da associação entre os indicadores socioeconômicos e demográficos das mães de crianças menores de 5 anos e a satisfação com o atendimento recebido por seus filhos na atenção básica de saúde de Fortaleza-CE, 2008.....	71
13 –	Análise univariada da associação entre as características de assistência a saúde das crianças menores de 5 anos na atenção básica de Fortaleza e a satisfação das mães, 2008.....	72

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	– Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ANS	– Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CSF	– Centros de Saúde da Família
DVD	– Digital Versatile Disc
ECA	– Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	– Equipes de Saúde da Família
FR	– Folha de Rosto
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	– intervalo de confiança
IHAC	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	– Ministério da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OR	– Odds ratio
PACS	– Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	– Programa de Assistência Integral à Criança
PBF	– Programa Bolsa Família
PIASS	– Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNACS	– Plano Nacional de Agente Comunitário de Saúde
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	– Programa Nacional de Imunização
PSF	– Programa de Saúde da Família
RR	– Risco relativo
SAS	– Secretaria de Assistência a Saúde
SER	– Secretarias Executivas Regionais
SESA	– Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SISNEPE	– Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TMI	– taxa de mortalidade infantil
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	– União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
WHO	– World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>10</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 O que foi pesquisado.....	17
1.2 Justificativa e relevância do estudo.....	18
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1 Atenção básica.....	22
3.2 Política nacional de atenção à saúde da criança.....	29
3.3 Acesso ao serviço.....	34
3.4 Humanização na atenção a saúde.....	37
3.5 Avaliação em saúde.....	42
3.6 A operacionalização do conceito de satisfação: aspectos dos serviços a serem avaliados.....	49
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>53</b>
4.1 Tipo de estudo.....	53
4.2 Pesquisa quantitativa.....	53
4.3 Cenário do estudo.....	56
4.4 Definição da amostra.....	57
4.5 Coleta dos dados.....	60
4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	60
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
5.1 Características das mães.....	62
5.2 Características das crianças.....	64
5.3 Características dos domicílios.....	65
5.4 Assistência à saúde.....	66
5.4.1 Trajetória a busca de atendimento quando a criança adoecer.....	67
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>114</b>
<b>Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>115</b>
<b>Apêndice B – Inquérito domiciliar.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>Anexo A – Mapa da localização das Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza-CE.....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo B – Mapa da Secretaria Executiva Regional I por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF.....</b>	<b>126</b>
<b>Anexo C – SER II por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexo D – Mapa da SER III por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE.....</b>	<b>128</b>
<b>Anexo E – Mapa da SER IV por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF da Fortaleza-CE.....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo F – Mapa da SER V por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE.....</b>	<b>130</b>
<b>Anexo G – Mapa da SER VI por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE.....</b>	<b>131</b>

# **1 INTRODUÇÃO**

---

# 1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, na formulação de um modelo social, ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo, que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2001).

No mesmo viés e com o intuito de efetivar e consolidar os princípios e diretrizes do SUS surge em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Concebido com o objetivo de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF imprimiu uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. Respaldando-se nos princípios da integralidade, da vigilância a saúde, da equidade, tendo por base o acesso, acolhimento, vínculo, e a humanização, entendidos como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população (BRASIL, 2000b). Diferentemente da Medicina Familiar vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção primária à saúde.

Nessa lógica, o município de Fortaleza por meio da Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde, decidiu adotar a partir do ano de 2005 o Programa Saúde da Família (PSF), como modelo estruturante da rede de serviços de saúde do SUS no município. Seguindo uma proposta que há mais de dez anos vem sendo implementada em várias cidades do país com excelentes repercussões na melhoria da

qualidade da atenção à saúde da população, em direção à resolutividade e à integralidade das ações em saúde.

O processo de re-estruturação do Programa Saúde da Família em Fortaleza, através da implantação de novas equipes e ampliação da cobertura populacional, nos leva a refletir sobre suas possibilidades, limitações e implicações, tendo como perspectiva a atenção integral à saúde da criança, que pressupõe, além de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre a população usuária e os serviços.

Apesar dos avanços na legislação brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, da Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1989), da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e da Agenda do Milênio (2002), milhares de crianças ainda esperam medidas que melhorem suas condições de vida. Havendo uma parcela de crianças à margem da sociedade, que além de excluídas do acesso aos serviços essenciais, estão excluídas dos processos políticos, em virtude de conflitos e políticas discriminatórias e injustas (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

De acordo com Samico *et al.* (2005), a atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essa se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortalidade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante salientar o papel que desempenham os serviços e o sistema de saúde. Problemas no cumprimento de normas técnicas por parte dos profissionais, no relacionamento entre profissional-paciente, falta de equipamentos e outros insumos, deficiências na notificação de dados e dificuldades no processo de trabalho dos profissionais são pontos que persistem e que são, de forma evidente, impeditivos para uma adequada atenção à saúde.

Dentro desse panorama, o município de Fortaleza destaca-se pelas políticas de saúde planejadas para atender as necessidades de saúde e desenvolvimento das crianças, e nos últimos anos tem obtido redução dos mais importantes indicadores do município.

Para compreendermos de que forma e em que medida as ações, os programas e as políticas são implementados e para conhecermos os efeitos dessas intervenções, devemos desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos. A avaliação necessita, portanto, ser compreendida como uma ferramenta relacionada à tomada de decisão (SAMICO *et al.*, 2005). Nesse sentido, salienta-se a importância dos processos avaliativos, tendo em vista a diversidade de cenários locais, em face da política de descentralização do SUS, onde contextos estaduais e municipais podem contribuir ou não para o sucesso deste processo (BODSTEIN, 2002).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Sua importância para o contexto brasileiro tem sido ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços (BOSI; UCHIMURA, 2007). Essa tendência se insere em um contexto mundial, e em alguns países a avaliação já se constitui em uma prática institucionalizada e seus resultados contribuem para a formulação de suas políticas e práticas de saúde. Avaliar é importante, quer seja no todo ou em suas partes.

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no Brasil, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a diminuir este sofrimento, profissionais de saúde, gestores ou técnicos (GOULART, 2006).

Mirshawka (*apud* DONABEDIAN, 1994) assegura que o conceito de qualidade no serviço de saúde é estabelecido em função do tratamento proporcionado ao paciente pelo médico, pelo enfermeiro ou por outro profissional. A qualidade do tratamento é medida nos aspectos técnicos e interpessoal. O aspecto ou atenção técnica é a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina e das demais ciências da saúde no manejo de um problema pessoal de saúde. O aspecto ou qualidade interpessoal diz respeito à interação social e econômica entre o paciente e o profissional; é uma arte e diz respeito à maneira e à conduta do prestador da assistência, bem como à sua forma de comunicar-se com o cliente, e que resulta na satisfação deste (MACHADO, 2005).

O estudo se propôs a fornecer subsídios aos gestores e profissionais de saúde, como contribuição à política de saúde municipal, para a construção de um modelo mais compatível com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

### **1.1 O que foi pesquisado**

1. Qual o nível de satisfação das mães usuárias da atenção básica em relação ao atendimento recebido por seus filhos?
2. Como se deu o acesso das mães e de seus filhos às unidades de saúde?
3. Existiu alguma associação entre as variáveis relacionadas ao perfil da clientela e desfechos no atendimento e acesso ao serviço?

O objeto deste estudo se insere no campo da avaliação quantitativa de serviços de saúde voltados para a criança tendo como foco a satisfação das mães relativa às dimensões de acesso (marcação de consulta, tempo de espera e barreiras geográficas) e humanização (acolhimento, sala de espera, vínculo), tendo por base a tríade proposta por Donabedian (1986) e por espaço de estudo a Atenção Básica à Saúde no município de Fortaleza/Ceará.

Donabedian, teórico sobre a temática qualidade total, ao discorrer amplamente sobre a avaliação dos serviços de saúde introduziu, em 1986, uma

classificação universal centrada na estrutura, no processo e no resultado dos serviços prestados (MIRSHAWKA *apud* DONABEDIAN, 1994). Por estrutura o autor entende as qualificações, as certificações e outros atributos similares aos recursos usados no serviço de saúde. Por processo entende o conjunto de atividades realizadas pelos profissionais de saúde e por outros, aos clientes do serviço. E por resultado, a consequência ou o benefício das intervenções terapêuticas (DONABEDIAN, 1986).

## **1.2 Justificativa e relevância do estudo**

Na perspectiva da universalização, as políticas sociais devem garantir o acesso aos serviços públicos a todos os cidadãos. No caso das políticas de atenção à criança, tais serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos para a promoção, prevenção e proteção voltados para a criança e sua família, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento. É preciso, ainda, lembrar que se deve garantir a igualdade neste acesso, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Assim, a igualdade de acesso e a integralidade da atenção são dimensões constitutivas da universalização dos direitos, tarefa fundamental das políticas sociais.

O interesse nessa temática surgiu pela oportunidade de avaliar como o sistema de saúde vem prestando atenção e cuidados às crianças menores de 5 anos por constituírem o grupo de maior risco de morbimortalidade infantil. Como enfermeira da ESF, senti-me impelida a avaliar a forma como vem sendo realizado o atendimento a criança (processo) nas unidades de saúde de Fortaleza.

Outro aspecto relevante se refere à expressividade do Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, como um território que encerra um expressivo potencial para expansão e avanço do SUS. O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços nos níveis primário, secundário e terciário, bem como, integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência nos âmbitos micro e macrorregional e em espaços interestaduais (FORTALEZA, 2007).

**2 OBJETIVOS**

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- Avaliar o atendimento às crianças menores de 5 anos na atenção básica de Fortaleza sob a ótica das mães.

### 2.2 Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das famílias com crianças menores de 5 anos;
- Conhecer o atendimento a criança no que se refere ao acesso (tempo de espera para marcação e realização da consulta, barreiras geográficas), humanização do atendimento (acolhimento, sala de espera, relação profissional de saúde-cliente);
- Relacionar as características socioeconômicas e demográficas das famílias com a satisfação do atendimento nas unidades de saúde;
- Relacionar as características da assistência a saúde as crianças menores de 5 anos com a satisfação das mães.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Atenção básica

O termo Atenção Básica à Saúde é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para este campo de práticas é Atenção Primária à Saúde, como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), onde diversos países participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo assim a Declaração de Alma-Ata (SOUSA, 2007).

De acordo com Sousa (2007), tal evento apontava para a atenção primária como sendo composta de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Reforçava, para tanto, a saúde como sendo não a simples ausência de doença, mas como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, trazendo para o âmbito formal e internacional aquilo que Marc Lalonde, ministro da Saúde do Canadá, já vinha apontando como os componentes básicos para a abordagem da saúde dos povos: “a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde”.

Em síntese, pode-se afirmar que o pensamento da atenção primária no mundo apresenta-se com vários sentidos desde o primeiro nível de atenção, passando pela idéia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde.

No caso brasileiro o termo Atenção Básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sendo desenvolvida

por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Constituindo-se no contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2000a).

No Brasil, à medida que foram sendo observados avanços no processo das reformas no setor saúde, novas demandas foram geradas a partir do novo perfil epidemiológico e da ampliação da consciência social.

Nesse sentido, destacam-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) – 1976 – e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1982), que visavam à extensão da cobertura e ampliação do acesso a serviços de saúde para grupos sociais ainda marginalizados moradores em regiões de baixa densidade populacional, ou pequenos centros urbanos da Região Nordeste, com condições de saúde muito precárias. Pode-se considerar de certa forma, que essas políticas tiveram alguma continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local, e que se traduziram em programas de tipo agentes comunitários de saúde, encampados pelo Ministério da Saúde como programa nacional, o Plano Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNACS), em 1991 (SILVA, 2003).

Com a finalidade de reorganizar a atenção básica e reformular o modelo assistencial vigente foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF), o qual se respalda nos princípios da integralidade, da vigilância a saúde, da equidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população. Diferentemente da Medicina Familiar vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção primária à saúde.

Nos primeiros anos, a formulação e implantação do PSF, ocorrida centralmente em áreas de pobreza, foi alvo de diversas críticas quanto ao seu provável caráter de focalização conforme propostas do Banco Mundial. A partir de 1998 os documentos do Ministério da Saúde passaram a caracterizá-lo como estratégia e a abordar o seu potencial estruturante dos sistemas municipais de saúde. A ênfase na implantação do PSF é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Segundo o MS, o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível desenvolver novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”. (BRASIL, 2000b, p.9).

É considerado item necessário à implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (BRASIL, 2006a, p.10).

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde no PSF envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Assim, o agente de saúde se faz presente, nos diferentes programas oficiais, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas (SILVA, 2003).

Foram incluídos 32.641 novos agentes comunitários de saúde no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, totalizando 208.104 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em atuação pelo país. Em relação à população coberta pelos ACS, ela

passou de 90,7 milhões de pessoas em dezembro de 2002 para 103,5 milhões em dezembro de 2005 (BRASIL, 2006b). Esses números são importantes, pois demonstram a consolidação de uma política em todo o país.

A velocidade de expansão do Programa Saúde da Família comprova a adesão dos gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. No período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, foram implantadas 7.866 novas Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando 24.564 ESF em atuação pelo país, com um aumento da cobertura populacional de 54,9 milhões de habitantes em dezembro de 2002 para 78,6 milhões em dezembro de 2005 (BRASIL, 2006b).

Tabela 1 – Situação das equipes do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, no período de 2003-2006

Anos	Equipes de PSF			ACS		
	ESF implantadas	Total municípios	Cobertura Populacional	Total ACS	Total municípios	Cobertura Populacional
2003	19.000	4.400	35,7%	184.300	5.100	54,0%
2004	21.300	4.600	39,0%	192.700	5.100	55,5%
2005	24.600	4.986	44,4%	208.000	5.200	58,4%
2006	26.729	5.106	46,2%	219.492	5.309	59,0%

Fonte: Brasil, 2007.

Atualmente no Brasil temos, em atuação, 29.300 equipes do PSF em 5.235 municípios brasileiros. O Nordeste brasileiro é a região que possui o maior número de equipes, isto é, 12.018 equipes do PSF. Observamos ainda que 329 municípios não possuem nenhuma equipe do PSF, sendo que, 49,5% da população nacional é acompanhada pelas equipes de PSF, sendo o Nordeste, a região com maior número de cobertura, a saber 70,6% (BRASIL, 2007)

Os grandes marcos que fundamentam a atenção básica à saúde, bem como subsidiam sua operacionalização no âmbito do SUS materializado pelas ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) são:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a *serviços de saúde de qualidade* e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- *Efetivar a integralidade* em seus vários aspectos, tais como: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar *avaliação* e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a *participação* popular e o controle social (BRASIL, 2006a).

O início da discussão da proposta para implantar um programa de médico de família no Ceará, data de 1992, por ocasião da construção do plano de saúde que seria desenvolvido em Fortaleza, na perspectiva da universalização da atenção primária para os grupos populacionais mais vulneráveis, envolvendo os agentes de saúde e incorporando as Unidades Básicas de Saúde da Capital. A proposta do PSF resgatou a rica experiência dos agentes de saúde que vinha sendo desenvolvida como política de âmbito estadual desde 1987. Como resultado da ação dos 8.023 agentes de saúde em atividade, já no ano de 1994, as enfermeiras e médicos do recém-criado PSF, encontraram solo fértil para a efetiva implantação do Programa no Estado (SILVA, 2003).

Os municípios de Quixadá, Jucás, Cascavel, Fortim, Icó e Beberibe foram os primeiros a aderir à proposta e iniciaram o programa em junho de 1994, com a assessoria e acompanhamento da Secretaria Estadual de Saúde. Os princípios norteadores do PSF, adotados em nível estadual, são: a universalização, a equidade, a integralidade da atenção e a participação da comunidade, fortalecendo as ações de promoção de saúde e prevenção das doenças. Como princípios organizativos, foram priorizados: a adstrição da clientela, a orientação por problema, o planejamento e a programação local, a intersectorialidade, a hierarquização, a co-responsabilidade e a autoridade local sanitária (CEARÁ, 1995; GOYA, 1996; MENDES, 2002).

De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará-SESA (CEARÁ, 2006) o Programa Saúde da Família, no Estado do Ceará, já funciona há mais de uma década, e hoje está implantada em 100% dos municípios cearenses. A operacionalização do PSF se dá através das equipes de saúde da família, formadas por um grupo multiprofissional – médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, e agentes comunitários de saúde, cujo número, é determinado de acordo com a clientela adscrita.

Atualmente, o estado do Ceará possui um total de 2.013 equipes de PSF qualificadas. Destas encontram-se em plena atuação nos 184 municípios cearenses 1.705 equipes, propiciando cobertura populacional de 67,2%. Sendo possível observar, através da atuação destas equipes junto às comunidades, que houve uma grande contribuição para a melhoria das condições de saúde da população do Estado. Em decorrência ao estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade com a população; da estimulação para organização das comunidades exercerem o controle social das ações e serviços de saúde; do uso de sistemas de informações para o monitoramento e a tomada de decisões; da atuação de forma intersectorial por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (CEARÁ, 2006; BRASIL, 2007).

Tabela 2 – Situação das equipes do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Ceará, no período de 2003-2006

Anos	EQUIPES DE PSF		AGENTES DE SAÚDE	
	Equipes implantadas	Cobertura da População	ACS implantados	Cobertura da população
2003	1.255	55,23 %	10.536	70,33 %
2004	1.190	51,56 %	10.451	69,67 %
2005	1.320	56,22 %	10.747	69,76 %
2006	1.531	62,88 %	10.926	68,90 %

Fonte: Brasil, 2007.

Em Fortaleza, os usuários do SUS são em torno de 1,7 milhão, ou seja, cerca de 70% dos habitantes da capital. Para cobrir 100% desse contingente, seria necessário o trabalho de 615 equipes de saúde da família, além de 2.700 agentes comunitários de saúde. Atualmente, a capital conta com 250 médicos, 291 enfermeiros e 238 dentistas em exercício na Atenção Básica. Com isso, o número de equipes de PSF em Fortaleza saltou de 102 em 2004, para 300 em 2006 e a cobertura da população que era de apenas 15%, saltou para 43,44% (FORTALEZA, 2007).

A lotação dos profissionais no PSF foi priorizada nas 48 unidades básicas de saúde mais próximas às áreas de risco, onde médicos, enfermeiros e dentistas, juntamente com auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais de apoio somam hoje aproximadamente 1.000 profissionais que têm, na população residente nas áreas de risco, o foco principal do desenvolvimento das ações de saúde. Saúde da Família é a grande estratégia da atual gestão para reaproximar profissionais e cidadãos, através dele pretende-se mudar a concepção sobre a atenção em saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias (FORTALEZA, 2007).

Tabela 3 – Situação das equipes do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Fortaleza, no período de 2003-2006

Anos	EQUIPES DE PSF		AGENTES DE SAÚDE	
	Equipes implantadas	Cobertura da população	ACS implantados	Cobertura da população
2003	75	11,66 %	669	17,33 %
2004	93	14,22 %	811	20,67 %
2005	77	11,77 %	641	16,34 %
2006	234	33,99 %	737	17,84 %

Fonte: Brasil, 2007.

### 3.2 Política nacional de atenção à saúde da criança

Na década de 1980, o Brasil vivenciava um modelo de desenvolvimento econômico que não criava condições para a melhoria da situação de saúde da população, ficando crianças e adolescentes como as categorias mais comprometidas. Nesse período, o perfil epidemiológico da população denotava um quadro preocupante, no qual se percebia que, de 100 crianças nascidas vivas, 87 morriam antes de completar um ano de vida. Precárias condições de moradia e alimentação agravavam a situação da grande maioria populacional que sobrevivia com baixo poder aquisitivo (MACHADO, 2005).

Os avanços na legislação brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, garantiram direitos legais a grupos antes desconsiderados. Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, a criança e o adolescente passam a gozar de igualdade quanto aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, garantindo-lhes proteção, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, cultura, entre outros. Além disso, responsabiliza não só a família, mas toda a sociedade e o poder público pelo cumprimento da lei (BRASIL, 1990).

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas foi ratificada por 192 países, configurando o tratado mais endossado da história dos acordos mundiais. Essa convenção faz dos direitos da criança uma obrigação “moral e legal”, obrigando os estados a assumirem a responsabilidade de cuidar de suas crianças. Além disso, os países firmaram em 2002, a Agenda do Milênio, com objetivos e metas definidas para os primeiros anos do século XXI. Entre as medidas a serem alcançadas estão a erradicação de doenças e promoção da saúde; garantia de alimentação e educação; igualdade de direitos e diminuição dos índices de mortalidade infantil (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2002).

As políticas de saúde são de grande importância na redução da mortalidade infantil. Entretanto, as decisões políticas deveriam objetivar mais as promoções de

saúde daqueles que sobrevivem às más condições de vida, definindo as bases do desenvolvimento físico, mental e social saudável das crianças (MACHADO, 2005). Deviam, também, indicar intervenções intersetoriais na solução dos problemas detectados no âmbito da saúde formal, de modo a atender ao que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC) criado pelo Ministério da Saúde, cuja rede de serviços era hierarquizada, mas, em níveis de assistência “funilar”. Garantia o acesso dos usuários por meio de uma “porta de entrada única”, representada pelas unidades primárias. As atividades eram realizadas no interior das unidades de saúde e beneficiavam as populações que se deslocavam espontaneamente para procurá-las. Além das ações assistenciais centradas nos problemas de saúde que acometiam com maior frequência às crianças, o PAISC procurava incentivar as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Entretanto, a área de abrangência dessas unidades de saúde era definida sem levar em conta o acesso da população. Para ter integralidade, o programa desenvolvia tecnologias tipicamente assistenciais, por exemplo, exigia o cumprimento do calendário vacinal e o incentivo ao aleitamento materno (MACHADO, 2005).

Há mais de dez anos o Brasil assinou, ao lado de mais de 160 países, a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança", durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança realizado na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, no dia 30 de setembro de 1990. Nestes últimos anos, muitos esforços foram empreendidos para melhorar a saúde infantil, resultando em sensível diminuição, tanto das taxas de mortalidade infantil, quanto das de desnutrição. Nesta última década a redução observada nas mortes infantis foi de 38%, com uma queda da mortalidade de 48/1.000 nascidos vivos em 1990, para 29,6/1.000 em 2000. (BRASIL, 2002a).

Para fazer frente ao problema da morbimortalidade infantil, novas políticas públicas foram construídas e os investimentos foram ampliados para promover a organização da atenção básica nos municípios, definindo os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) como estratégias

prioritárias capazes de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas também, a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria de suas condições de saúde e de vida, na perspectiva da promoção da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia na redução da morbimortalidade infantil vêm sendo priorizadas desde 1984: a atenção ao recém-nascido, à promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, as imunizações e a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, visando incrementar a capacidade resolutiva dos serviços na atenção à criança.

Nesse sentido, algumas iniciativas têm sido desenvolvidas com sucesso no Brasil, dentre elas: a Política de Promoção do Aleitamento Materno, Carteiro Amigo, Bancos de Leite, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru, Registro Civil, Prevenção de acidentes e violência na infância, Projeto Biblioteca Viva, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD).

No Ceará, o Programa Viva Criança desenvolvido em 1987, utilizou estratégias simplificadas e de baixo custo na redução da mortalidade infantil. Esse Programa universalizou as ações de saúde em cinco ações básicas: Projeto do controle da doença diarreica; Imunização básica e universal, com o controle das doenças imunopreveníveis; Incentivo ao aleitamento materno com orientação para o desmame; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e, Assistência e controle das infecções respiratórias agudas. O projeto VIVA CRIANÇA, não era inédito, mas demonstrava a consciência dos gestores da época, de que ações simples, exequíveis e, sobretudo, de elevada eficácia e eficiência, podiam ser implementadas em todo o território cearense (MACHADO, 2005).

As estratégias adotadas com vistas à atenção à criança desde a implantação do Programa Agente de Saúde, na década de 1980 e do Programa Saúde da Família em

1994, no Ceará, vêm apresentando bons resultados. As avaliações dos serviços de saúde e dos resultados dos programas decorrem, em grande parte, do monitoramento das informações produzidas no cotidiano da atenção, o que contribuiu para melhorar os níveis de morbimortalidade infantil. As pesquisas de avaliação dos programas devem focalizar tanto os indicadores de competência dos profissionais, a qualidade da atuação desses servidores no campo, quanto à satisfação dos usuários beneficiados (MACHADO, 2005).

Dentre os diversos indicadores sanitários a taxa de mortalidade infantil (TMI) é uma das mais sensíveis às transformações sociais de uma região. Refletindo as condições de vida e de saúde das populações, sendo o seu coeficiente utilizado como indicador do índice de desenvolvimento e de qualidade de vida das nações (MACHADO, 2005; BEZERRA *et al.*, 2007).

Para melhor fundamentarmos nossas idéias, com respeito à atenção a criança, apresentaremos os indicadores de morbimortalidade infantil, por nos permitirem caracterizar as condições de vida das mesmas.

No Ceará, em 1987 a mortalidade infantil era de 104,0 por mil nascidos vivos e em 1994, essa taxa caiu para 57,0 por mil nascidos vivos, graças à formulação de estratégias de transformação no âmbito da saúde; houve também, redução de cerca de 50% nas mortes de crianças no primeiro ano de vida (CEARÁ, 2006).

Bezerra *et al.* (2007), em seu artigo sobre a distribuição da mortalidade infantil no estado do Ceará no período de 2000 a 2002 relata um estudo produzido pelo Ministério da Saúde mostrando o significativo impacto do PSF na queda da mortalidade infantil no período de 1991 a 2002; para cada aumento de 10% da cobertura do PSF a mortalidade infantil caía 4,5%.

Como principais fatores responsáveis pela redução da TMI no Ceará, incluem-se o aumento da cobertura pré-natal e do índice de aleitamento exclusivo das crianças (CEARÁ, 2006). Outras intervenções no âmbito nacional e da infra-estrutura social ou de bens de consumo coletivo (escolarização, rede de abastecimento de água, rede de esgoto sanitário, serviços de saúde) causaram impacto positivo na redução da morbimortalidade infantil (MACHADO, 2005).

Em 2005 a TMI caiu para 18,3 por mil nascidos vivos. Dentre as inúmeras ações e estratégias desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Estado na área de saúde da criança, visando alcançar a melhoria global da qualidade de vida na infância, destacam-se: a prevenção e controle das doenças respiratórias e infecciosas, através da capacitação dos profissionais no AIDIP; realização do teste do pezinho; projeto mãe canguru; promoção do aleitamento materno (iniciativa hospital amigo da criança, estruturação da rede de bancos de leite humano), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelo PSF, prevenção dos distúrbios nutricionais e anemias carências, implantação do Comitê Estadual e das Comissões Regionais, Municipais e Hospitalares de Investigação dos Óbitos Infantil e Fetal, as ações de prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, integrantes do Programa Nacional de Imunização-PNI (CEARÁ, 2006).

O município de Fortaleza está, nesse momento, implantando novas equipes do Programa Saúde da Família, para uma ampliação da cobertura populacional, e melhoria dos indicadores básicos. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através da Célula de Atenção Básica, vem desenvolvendo ações para o fortalecimento dos princípios norteadores do cuidado, na área de atenção à saúde da criança entre eles: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral, assistência resolutiva, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família/controlador social na gestão local, monitoramento, avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (FORTALEZA, 2007).

No PSF destacamos entre as ações desenvolvidas: a visita domiciliar ao recém-nascido e a puérpera (com atividades intensificadas na área de vigilância ao recém-nascido de risco); imunização; implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) em toda a atenção básica como uma estratégia prioritária para redução da morbi-mortalidade infantil, incluindo o componente de assistência ao pré-natal e ao neonatal. Além dessas ações, destacam-se: a implantação do terceiro turno em 35 Centros de Saúde da Família (CSF); a ampliação da cobertura de pré-natal e da oferta de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

neonatal; a implantação do acolhimento nos Centros de Saúde da Família (CSF) e nos hospitais municipais, entre outros (FORTALEZA, 2007).

Estas iniciativas têm proporcionado a ampliação do acesso, da cobertura e a melhoria na qualidade dos serviços de saúde, apontando para uma redução no índice de mortalidade infantil, que de 18,2/1.000 nascidos vivos em 2004 passou para 17,2/1000 nascidos vivos em 2006. Entretanto, a promoção da saúde integral da criança, e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência, são objetivos que estão além da redução da mortalidade infantil, sinalizando para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (FORTALEZA, 2007).

Em Fortaleza no ano de 2006 nasceram vivas 7.383 crianças, das quais 506 tinham peso menor que 2.500g (6,97%). Ocorreram 185 óbitos em menores de 1 ano, sendo 53 por diarreia (28,65%); 21 por infecção respiratória (11,35%); e 111 por outras causas (60%). Foram realizados 377.259 atendimentos a crianças menores de 5 anos. Tendo sido 98.766 atendimentos realizados pela Estratégia Saúde da Família, e 278.493 atendimentos realizados por pediatras (FORTALEZA, 2007).

### **3.3 Acesso ao serviço**

O conceito de acesso varia entre autores e muda ao longo do tempo de acordo com o contexto, e enfoque: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros o focam nas características da oferta; e alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). Há também discordâncias sobre se a avaliação do acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada

– ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em uma de suas primeiras publicações, em 1973, Donabedian definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, refere-se às características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los, e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade é assim, um importante fator da oferta para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (REIS *et al.*, 1990).

Donabedian (1973) distingue dois aspectos da acessibilidade: o sócio-organizacional e o geográfico. No primeiro, incluem-se tanto os atributos referentes aos recursos quanto à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter o cuidado. Nesse aspecto, podem-se incluir variáveis referentes ao profissional de saúde tais como sexo e especialização e também as preferências do paciente. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se ao "isolamento espacial", uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para obter o cuidado (REIS *et al.*, 1990).

Para Starfield (2002), acessibilidade refere-se às características da oferta. O acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Outros autores também apontam que a maneira como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão em procurá-los. Essa percepção é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde.

Segundo Prado, Fujimon e Cianciarullo (2007), o acesso à saúde abrange quatro dimensões: a geográfica, a econômica, a cultural e a funcional. A geográfica refere-se às barreiras físicas a serem transpostas e a distância a ser percorrida,

associada à oferta de transporte. A dimensão econômica relaciona-se aos custos que o usuário possa ter com serviços ou insumos não disponíveis no sistema. A cultural diz respeito a adequação do serviço aos hábitos e costumes da população. O aspecto funcional é relativo à oferta dos serviços em relação às necessidades da população, como por exemplo, horário de funcionamento e qualidade do atendimento.

Para Assis, Villa e Nascimento (2001), o termo acessibilidade significa a capacidade da população de obter cuidados de saúde, de modo fácil e conveniente, quando os necessitar. Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Segundo determina a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, qualquer cidadão tem o direito de ser atendido pelo sistema público de saúde sempre que necessário para a proteção ou recuperação de sua saúde. Uma das diretrizes do SUS é justamente o atendimento integral, que consiste no fornecimento tanto das ações e serviços de saúde preventivos como dos assistenciais ou curativos (BRASIL, 2001).

A integralidade, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), deve nortear a prática de cada profissional, a organização do processo de trabalho em saúde e as respostas governamentais para desenvolvimento de um esforço intersetorial para melhorar as condições de vida. No setor saúde, a integralidade é compreendida como resultado do trabalho intra-setorial para assegurar acesso à finalização do cuidado, tanto na unidade, por meio da equipe de saúde, como na rede de serviços, por meio do sistema de referência e contra-referência. Nessas circunstâncias, seria fruto da articulação entre serviços, cada um cumprindo sua função. Assim, as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária atuam como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade frente às demandas básicas e como porta

de entrada para a atenção secundária e terciária, requerendo alta sensibilidade diagnóstica para propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial (KOVASC *et al.*, 2005).

A resolubilidade da rede hierarquizada, em cada nível e no sistema como um todo, está vinculada à qualidade técnica definida segundo os critérios e normas, às relações interpessoais, à globalidade e continuidade na utilização dos recursos disponíveis, acrescidos dos conhecimentos, experiências e concepções que orientam as decisões acerca da saúde e da doença num dado contexto sociocultural. Apesar dos significativos avanços obtidos no processo de descentralização, sobretudo a partir da estratégia Saúde da Família, a relação oferta e demanda na rede básica continua expressando o confronto de interesses e necessidades, o qual propicia a procura dos serviços de maior densidade tecnológica para problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no nível primário (KOVASC *et al.*, 2005).

Uma vantagem do PSF é ter seu território delimitado, não apenas no aspecto geofísico, mas também, quanto às características locais e populacionais. Isto para que a atenção prestada às famílias seja favorecida pela proximidade das casas, tenha o acesso facilitado e os assistidos sejam acolhidos. Todavia, nem sempre a proximidade geográfica favorece o acesso à unidade de saúde, pois ela depende de fatores que extrapolam a dimensão geográfica. De um lado, dependem das condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação da população. De outro, depende do grau de humanização da equipe, da capacitação dos servidores, da burocracia e da oferta/ demanda pelos serviços oferecidos (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

### **3.4 Humanização na atenção a saúde**

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas, e nos últimos anos vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva. Durante os séculos XIX e XX, muitos avanços tecnológicos passaram a

ser aplicado na área da saúde, em todos os níveis de atenção, seja na prevenção, no controle de co-morbidades (progresso da doença) ou na reabilitação.

Associada ao desenvolvimento tecnológico que experimentamos neste período, a doença vem sendo comumente interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. Não há como minimizar, ou mesmo, desprezar as importantes contribuições dos avanços tecnológicos, porém, cada vez mais constatamos que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, precisam ser considerados nas relações entre o profissional da saúde e os usuários (GOULART, 2006).

O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. Construir tal política impõe mais do que nunca que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação, sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na constituição brasileira consolidou como conquista. É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão (GOULART, 2006).

Segundo Oliveira, Collet e Vieira (2006), a reflexão sobre a humanização, deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Ainda segundo os autores, para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde.

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Atualmente discute-se a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência, a relação com o usuário do serviço de saúde. Em se tratando de política pública nacional, no intuito de estabelecer um debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, bem como, entendendo que tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2004, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – HUMANIZASUS (BRASIL, 2004a).

Como foco de atenção e desenvolvimento de ações, o HUMANIZASUS tem como princípios norteadores (BRASIL, 2004a):

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Apesar dos avanços acumulados, a política de humanização do SUS enfrenta ainda hoje, fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

O propósito ou meta de humanizar, em todos os sentidos apontados, mais objetivamente no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade, tanto por parte dos organismos e práticas estatais, como da sociedade civil.

Como ação da Política Municipal de Humanização (PMH) do Sistema de Saúde de Fortaleza – FORTALEZA HUMANIZA SUS – com atividades intensificadas em 2006, a Secretaria de Saúde de Fortaleza vem implantando na Rede da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Mental o Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade nos Centros de Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial, com o objetivo de transformar o processo de trabalho na perspectiva da Humanização (FORTALEZA, 2007).

Segundo o Relatório de Gestão 2006 do município de Fortaleza, pretendeu-se com a implementação do Acolhimento na Rede Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2007, p.310):

- Mudanças nos paradigmas hegemônicos curativista e biomédico;
- Garantia de acesso ao usuário, responsabilização e resolutividade;
- Construção de redes de apoio;
- Maior satisfação do usuário e do trabalhador;
- Humanização das relações entre equipes de saúde e usuários;
- Humanização no atendimento;
- Melhoria na ambiência;
- Construção da assistência à saúde para melhoria da qualidade de vida da população.

Dentre os motivos pelos quais, a estratégia Saúde da Família foi criada, está o de permitir o acesso da população aos serviços de saúde; para isto os que ali trabalham devem ser acolhedores. O servidor deve saber acolher o outro, sobretudo quando este outro, o usuário está necessitado de compreensão, de cuidados humanos.

Para Machado (2005), acolhimento é tecnologia que deve ser empregada pelo trabalhador de saúde, com o objetivo de assistir o usuário numa relação afetuosa, integral e solidária. Qualquer profissional de saúde deve acolher o usuário do serviço, compreendendo que ele tem direito a uma assistência digna e personalizada. Portanto, cabe ao servidor aliviar o sofrimento do cliente e promover a sua saúde. O acolhimento do usuário, o compromisso do serviço em resolver problemas e de estabelecer vínculos são fatores potenciais de mudanças do modelo de atenção à saúde.

De acordo com Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca assegurar acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.

Neste sentido, considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde.

### 3.5 Avaliação em saúde

A avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Já o conceito de avaliação de programas públicos surge no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas. No Brasil, desenvolve-se a partir da década de 80 apresentando-se do ponto de vista acadêmico, incorporando-se ao cotidiano da administração pública (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Segundo Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), entre as várias definições conhecidas de avaliação, a maioria dos autores prefere a proposta por Scriven em 1967 que definiu avaliação como “julgamento do valor ou mérito de alguma coisa”. O autor acredita que avaliação é identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios. Podendo ocorrer de forma informal ou formal. A avaliação informal ocorre sempre que uma pessoa opta por uma entre várias alternativas existentes sem antes ter coletado evidência formal do mérito dessas alternativas. E na avaliação formal (estruturada), as opções se baseiam em esforços sistemáticos para definir critérios e obter informações sobre alternativas (possibilitando a determinação do valor real das mesmas).

Do ponto de vista conceitual a avaliação é definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um processo que tenta determinar de forma sistemática e objetiva a relevância, efetividade e impacto das atividades tendo em vista seus objetivos (ONU, 1984 *apud* SILVER, 1992).

Pabon (1985), César e Tanaka (1996) definiram avaliar como – “medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos, e fazer uma análise crítica considerando-se a magnitude e a direção da diferença”. Para Calsing (1982), “a avaliação tem de ser aplicada nos vários

momentos da administração com a finalidade de produzir informações capazes de confirmar ou modificar as próprias decisões dentro do planejamento, funcionando como dispositivos auto reguladores do sistema”.

Contadriopoulos *et al.* (1997) dizem que avaliar consiste 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. Podendo ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Para o autor, a avaliação normativa é uma atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura) os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas. E a pesquisa avaliativa busca analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção utilizando métodos científicos (HARTZ; SILVA, 2005). As principais questões que orientam as pesquisas de avaliação, ou seja, o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos a serem atingidos, dizem respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas.

Avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor. Para se iniciar a avaliação, torna-se imprescindível identificar a amplitude e a legitimidade das decisões possíveis de serem tomadas, sem as quais pode ocorrer à perda da finalidade última da avaliação, qual seja a de emitir um juízo que permita a tomada de decisão.

Partir de uma definição universal para o termo avaliação é tarefa difícil, haja vista que cada avaliador constrói sua teoria (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). No entanto, as diferentes concepções de avaliação trazem como pontos comuns: a comparação do que é observado com o que foi idealizado e a emissão de um juízo de valor sobre a diferença encontrada. Assim, verificamos que a forma de medir, o

referencial de comparação e os graus de valoração são componentes fundamentais ao processo de avaliação.

Os teóricos de maior prestígio da área da avaliação diferem muito na visão do que é avaliação e de que forma deve ser feita. Sriven (1967 *apud* WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004) aponta duas diferenças básicas: avaliação formativa leva a decisões sobre o desenvolvimento do programa; e avaliação somativa, que leva a decisões relativas à continuidade do programa, seu encerramento, sua ampliação, adoção etc.

A avaliação quando voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos assume um caráter instrumental, voltado para a otimização do desempenho e para a utilização dos recursos, privilegiando a ótica gerencial (FURTADO, 2001).

Segundo Bosi e Mercado-Martínez (2004), a avaliação pressupõe processualidade permanente e constante refinamento dos instrumentos, meios e técnicas utilizados. Entender sujeito e objeto como partícipes do mesmo processo social, dinâmico e ambivalente, exige abordagens em avaliação que contemplem suas limitações frente aos cotidianos sociais. Isso significa o aperfeiçoamento constante dos instrumentos formais de análise, na tentativa de aproximar-se qualitativamente dos fenômenos estudados. Ao se recortar uma realidade, na tentativa de melhor compreendê-la, não se pode esquecer o todo a que ela faz parte.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c) e Bodstein (2002), estão claras, e não são de hoje, as proposições e posições assumidas por gestores e pesquisadores que têm refletido sobre a necessidade de investir na incorporação da avaliação à rotina dos serviços. Como forma de desenvolver e/ou fortalecer a capacidade técnica, o planejamento e a gestão, como instrumento de suporte à formação dos sujeitos envolvidos no processo (gestores, usuários e profissionais) nos diversos níveis de saúde.

A avaliação em sistemas e serviços de saúde vem sendo evidenciada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços (MALIK;

SCHIESART, 1998). Nos últimos dez anos o interesse pela qualidade cresceu muito. Sem dúvida, a crise fiscal do Estado Social e a necessidade de diminuir as despesas públicas têm estimulado um maior interesse sobre a investigação de modalidades mais eficientes e eficazes na utilização dos recursos. Entre outros fatores, que certamente contribuíram para o desenvolvimento da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, temos que mencionar o crescimento das queixas e dos procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos (SERAPIONI, 1999).

De acordo com Uchimura e Bosi (2002), a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com presteza a efetividade de determinado serviço ou programa. O estudo das representações sociais em saúde, e da antropologia médica vieram mostrar que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam.

Comumente feita por pesquisadores, à avaliação em serviços de saúde é centrada no ponto de vista dos sujeitos pesquisados, na capacidade dos recursos e na prestação dos serviços, confrontado os resultados com as concepções e perspectivas da clientela beneficiada (UCHIMURA; BOSI, 2002). Quando a avaliação é realizada com padrões subjetivos, deve contextualizar as atividades psicológicas de ordem cognitiva e afetiva, porque visa realizar um processo comparativo entre a experiência vivida e os critérios subjetivos do usuário. Os sujeitos que participam de uma entrevista sobre a avaliação de níveis de satisfação, envolvem-se em uma ou mais combinações dos elementos: perspectiva do usuário sobre a qualidade ideal de um serviço; tipo de serviço que merecem; e situações em que utilizou o serviço. Desse modo, pode ser medido o grau de percepção e concepção da qualidade dos serviços, para que se possa alcançar o aceitável como padrão de atendimento (SILVA, 2003).

Avaliar a atenção em saúde é um processo complexo que envolve compreensão de conjuntura apurada e percepção crítica de como as práticas e serviços de saúde se inserem no contexto que se pretende analisar. A avaliação é um processo

complexo, inserido numa realidade social dinâmica, não-linear, permeada por contrários e correlações de forças, que influencia concepções e proposições avaliativas. Assim, entendemos a avaliação como um procedimento crítico-reflexivo, contínuo e sistemático desenvolvido sobre as práticas e processos de trabalho dos serviços de saúde. Capta parcialmente a realidade, uma vez que, sendo método, afere apenas o que se explicita com maior frequência e relevância interpretativa no contexto estudado (FURTADO, 2001; UCHIMURA; BOSI, 2002).

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. Segundo Hartz e Silva (2005), “institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas”. Requerendo, assim, o enfrentamento de aspectos: a) técnicos (definição de critérios, indicadores e instrumentos); b) culturais e organizacionais (referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação); c) políticos (relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde). (BRASIL, 2005a).

Ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social,

resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no Brasil, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a diminuir este sofrimento, profissionais de saúde, gestores ou técnicos (GOULART, 2006).

A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética (SANTOS; VICTORIA, 2004). Não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado, ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados. Nesse sentido, abrem-se, nos serviços de saúde, duas áreas de pesquisa com naturezas complementares: investigações que visam testar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e investigações voltadas para avaliar o resultado dessas intervenções sobre a saúde dos usuários e da população como um todo. Elementos fundamentais da pesquisa em serviços incluem avaliações da oferta de cuidados, expressa em termos de quantidade e qualidade de recursos de estrutura, humanos e tecnológicos; avalia-se também a utilização e a cobertura da oferta, além do impacto desta sobre a saúde das populações.

Starfield (2002) relata que no contexto da otimização da “efetividade e equidade”, a qualidade da atenção significa em que medida as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

No mesmo estudo, Starfield (2002) afirma que o termo qualidade também tem sido usado em um sentido amplo, abrangendo desde a satisfação com os serviços, aos custos da atenção, da qualificação de pessoal dos serviços de saúde, à segurança

e aparência agradável ou a adequação dos equipamentos nas unidades de saúde que contribuem para a prestação dos serviços.

Apesar da resistência de alguns setores da saúde em aceitar a abordagem sistêmica da qualidade empregada, sobretudo, pela indústria, a presente categorização tem por objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que, a partir dela, se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas. Essa avaliação tem sido a mais amplamente utilizada nos serviços de saúde, particularmente a baseada na abordagem de Donabedian 1980 (CÉSAR; TANAKA, 1996).

Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia da qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade. Inicialmente, atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. Em outro modelo, Donabedian recomenda que a avaliação da qualidade não fosse baseada somente na satisfação dos usuários, mas também na satisfação dos profissionais e em fatores objetivos. Ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (SILVA; FORMIGLI, 1994; NOVAES, 2000).

Para Novaes (2000), “a busca de uma definição de qualidade nas prestações de serviços em saúde, requer a divisão operativa do conceito de prestação em dois aspectos: técnico e pessoal”. O primeiro está relacionado à aplicação dos conhecimentos e das tecnologias médicas e de outras especialidades, 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; o segundo está baseado na maneira de gerir a interação social e psicológica entre o paciente e os profissionais, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o

médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos (REIS *et al.*, 1990).

Segundo Constanzo e Vertinsky (1975 *apud* CÉSAR; TANAKA, 1996), que trabalharam na abordagem de Donabedian, o resultado pode ser separado em aspectos “fisiopatológicos” – quando referentes a efeitos concretos na história natural das doenças – e em “psicossociais” – quando se referem aos efeitos resultantes do relacionamento social ocorrido entre os provedores e os usuários, resultados esses que estariam sendo intermediados pelas expectativas de ambos. A expectativa do cliente e a condição de acessibilidade ao serviço influenciam fortemente o resultado psicossocial apresentado pela clientela.

### **3.6 A operacionalização do conceito de satisfação: aspectos dos serviços a serem avaliados**

A falta de uma definição consistente da satisfação e de uma teoria que oriente a sua mensuração é refletida na diversidade de abordagens metodológicas adotada pelos estudos. Há diferenças importantes na operacionalização do conceito de satisfação, ou seja, na definição de seus componentes ou dimensões e no modo de medi-la (WARE; SNYDER, 1975; WILLIAMS; CALNAN, 1991). As dimensões da satisfação são aspectos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos da relação médico-paciente, entre outros. A escolha destas dimensões condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios utilizados na seleção dos métodos. A avaliação da satisfação difere a depender do número e exatidão com que o desempenho de tais componentes é explorado. (ACCURCIO; CHERCHILIA; SANTOS, 1991).

Segundo Esperidião e Trad (2005), diversas classificações das dimensões da satisfação têm sido postas, algumas apropriadas apenas para alguns tipos de serviços de saúde, outras buscando um modelo mais abrangente (SITZIA; WOOD, 1997). A taxonomia mais aceita entre as pesquisas foi elaborada por Ware *et al.* (1983),

distinguindo oito dimensões: 1) comportamento interpessoal (modo em que provedores interagem com os pacientes: respeito, preocupação, amizade, cortesia); 2) qualidade técnica do cuidado (competência e aderência a altos critérios de diagnóstico e tratamento); 3) acessibilidade/conveniência (tempo de espera, facilidade de acesso); 4) aspectos financeiros; 5) eficácia/resultados do cuidado (melhoria e manutenção da saúde); 6) continuidade do cuidado; 7) ambiente físico (ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável); 8) disponibilidade (presença de recursos médicos: quantidade suficiente de provedores e insumos).

Prévost, Fafard e Nadeau (1998) desenvolveram uma classificação mais ampla, privilegiando a satisfação nas seguintes dimensões: relacional (respeito, consideração, acolhida, gentileza, etc.); organizacional (organização dos serviços); profissional (tempo dispensado na consulta, informações suficientes e claras, etc.); e socioeconômicos e culturais (aspectos relacionados às condições de vida das pessoas). Trad *et al.* (2002), avaliando a satisfação de usuários com o Programa de Saúde da Família, adicionou ao modelo de Prévost, Fafard e Nadeau (1998) a dimensão cognitiva, destacando a concepção dos usuários (entendimento sobre a lógica de funcionamento) do programa.

Segundo Trad *et al.* (2002), autores como Donabedian (1980) e Pascoe (1983), consideram que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. Pascoe (1983) enfatiza ainda que essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário.

Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável. Favaro e Ferris (1991 *apud* PRÉVOST; FAFARD; NADEAU, 1998) concluem que “abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre

características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços”. (TRAD *et al.*, 2002).

Mensurar, compreender ou aferir a satisfação do usuário não é tarefa simples, principalmente quando se trata desta em relação à Atenção Básica como política nacional do SUS. Para tanto, faz-se necessário compreender, segundo Felisberto e Samico (1999, p.129) que:

[...] o conceito de satisfação está sob a égide de diversos fatores, tais como: características do usuário (sócio-demográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço), características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes), relacionamento usuário/profissionais e fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço).

Além das características do usuário que avalia e dos focos de avaliação, a literatura destaca diferentes perspectivas metodológicas na abordagem da satisfação dos usuários de serviços de saúde. Em uma primeira perspectiva, Prévost, Fafard e Nadeau (1998) defendem o emprego de instrumentos rigorosamente validados e padronizados; indicam também a importância de se garantir, no processo de avaliação, a objetividade, o caráter confidencial e o anonimato dos entrevistados.

## **4 METODOLOGIA**

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal, de base populacional conduzido através da utilização da metodologia quantitativa, com coleta de dados primários a partir de inquéritos domiciliares aplicados às mães de crianças menores de 5 anos, residentes nos domicílios particulares da cidade de Fortaleza.

Segundo Barros (2008), os inquéritos de saúde possibilitam a obtenção de informações sobre diferentes dimensões do estado de saúde, sobre determinantes demográficos, sociais, econômicos e culturais de saúde-doença. Permitindo o conhecimento da realidade do acesso aos serviços e atividades de saúde. Possibilitando o reconhecimento e a análise do padrão das desigualdades sociais na saúde.

Nos países desenvolvidos os inquéritos de saúde de base populacional tiveram implementação mais significativa a partir dos anos 60 e, em períodos posteriores, passaram a ser aplicados com maior frequência também nos países subdesenvolvidos.

### **4.2 Pesquisa quantitativa**

A pesquisa quantitativa aplica-se à dimensão mensurável da realidade, origina-se na visão newtoniana dos fenômenos, transitando com eficácia na horizontalidade dos extratos mais densos e materiais da realidade. Seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e produzem resultados passíveis de generalização, principalmente quando as populações pesquisadas representam com fidelidade o coletivo. Adotam estratégias sistemáticas, objetivas e rigorosas para gerar e refinar o conhecimento, utilizando inicialmente o raciocínio dedutivo e generalizado. O conhecimento que resulta é baseado em observação, medição e interpretação cuidadosas da realidade objetiva (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

Tomando como guia o paradigma experimental, o modelo quantitativo evidencia-se por formular hipóteses prévias e técnicas de verificação sistemática, na busca por explicações causais para os fenômenos estudados. Tentando conhecer e controlar variáveis, eliminando os fatores de confusão, preocupa-se com a validade e a confiabilidade, a fim de produzir generalizações teóricas. Na utilização de métodos estatísticos, a pesquisa quantitativa tem, pois, como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas confiáveis, generalizáveis e sem vieses (DESLANDES; ASSIS, 2002).

As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários). São utilizadas quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa. Permitem que se realizem projeções para a população representada. Elas testam, de forma precisa, as hipóteses levantadas para a pesquisa e fornecem índices que podem ser comparados com outros.

A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética (SANTOS; VICTORIA, 2004). Não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado, ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados. Nesse sentido, abrem-se, nos serviços de saúde, duas áreas de pesquisa com naturezas complementares: investigações que visam testar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e investigações voltadas para avaliar o resultado dessas intervenções sobre a saúde dos usuários e da população como um todo. Elementos fundamentais da pesquisa em serviços incluem avaliações da oferta de cuidados, expressa em termos de quantidade e qualidade de recursos de estrutura, humanos e tecnológicos; avalia-se também a utilização e a cobertura da oferta, além do impacto desta sobre a saúde das populações.

Bodstein (2002) salienta a importância dos processos avaliativos, em especial no âmbito local, em face da política de descentralização do Sistema Único de Saúde. Diante de contextos diversos, reforça a utilidade de análises qualitativas, comparativas e de estudos de caso para o planejamento e a gestão, considerando o

fortalecimento das ações básicas e o desenvolvimento da atenção primária, efetivos de fato para uma melhor oferta de saúde.

A construção do modelo para avaliação da atenção básica em nosso estudo foi inspirada nas proposições de Donabedian (1986) que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolvendo desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços.

A avaliação de processo abrange o conjunto de atividades realizadas pelos profissionais de saúde e por outros, aos clientes do serviço. Esse tipo de avaliação está orientado principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. É a partir desta relação que se obtém o resultado da assistência, e de onde se retira a base para a valoração da qualidade.

Donabedian considera a avaliação de estrutura um instrumento capaz de orientar apenas grandes tendências, no sentido de que uma boa estrutura poderia sugerir a probabilidade, mas não a garantia, de um desempenho de qualidade nas áreas de processo e resultados. Salaria que, embora a avaliação de resultados possa ser mais motivadora por delinear um perfil final, a prestação de serviços de saúde é constituída, essencialmente, pelo processo que busca a melhoria do desempenho em suas instituições (REIS *et al.*, 1990).

Em nosso estudo, fizemos uma avaliação da dimensão do processo relacionada à satisfação do usuário baseada nos atributos da acessibilidade (marcação de consultas, tempo de espera e barreiras geográficas), humanização (acolhimento, sala de espera e recepção, e vínculo).

### 4.3 Cenário do estudo

O município de Fortaleza localizado no litoral norte do Estado do Ceará com uma área territorial de 313,8 Km<sup>2</sup>, foi contexto deste estudo. Quarta maior cidade do país, Fortaleza tem uma população estimada pelo IBGE para 2007 de 2.431.415 habitantes. Destes, 234.674 são crianças na faixa etária de 0 a 4 anos 11 meses e 29 dias.

Tabela 4 – Estimativa da População de crianças menores de 5 anos por Secretaria Executiva Regional, Fortaleza-CE, 2007

SER	< 1 ANO	1-4 <sup>a</sup>	Pop. 0 a 5 anos	Pop. Geral
SER I	7.302	29.973	37.275	383.896
SER II	6.694	27.480	34.174	351.965
SER III	7.310	30.007	37.317	384.327
SER IV	5.578	22.897	28.475	293.261
SER V	9.722	39.908	49.630	511.143
SER VI	9.364	38.439	45.803	492.327
<b>TOTAL</b>	<b>45.969</b>	<b>188.705</b>		<b>2.416.919</b>

Fonte: Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde, 2007 (Estimativas da CEVEPI calculadas a partir dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentados no site do DATASUS).

Habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, através da Portaria nº1452/GM, de 13 de agosto de 2002, o sistema de saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários, secundários e terciários. Integra a rede regionalizada e hierárquica do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional, como também em espaços interestaduais. Dispõe de 1.712 estabelecimentos de saúde, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais 133 são públicos (8%) e 1.578 são privados (92%). Dos estabelecimentos públicos, 98 são unidades básicas de saúde/ centros de saúde (FORTALEZA, 2007). Atualmente com 304 equipes de saúde da família, o que corresponde a uma cobertura de 45% da população, Fortaleza encontra-se dividida em seis regionais administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais-SER (Anexo 1), que funcionam com um distrito de saúde, educação, meio ambiente, finanças, assistência social e infra-estrutura.

Tabela 5 – Número de unidades básicas de saúde e Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Secretaria Executiva Regional, Fortaleza-CE, 2007

SER	Nº de equipes ESF	Nº de UBASFs	% de cobertura
SER I	36	12	33
SER II	38	11	38
SER III	63	16	58
SER IV	33	12	39
SER V	64	18	44
SER VI	70	19	50
TOTAL	304	98	45

Fonte: Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde, 2007.

O estudo abrangeu todas as regionais de saúde de forma a garantir maior fidedignidade aos dados referentes ao atendimento à criança no município de Fortaleza, tendo em vista que cada SER possui suas particularidades.

#### 4.4 Definição da amostra

A amostragem é uma etapa de grande importância no delineamento da pesquisa capaz de determinar a validade dos dados obtidos. Sua idéia básica refere-se à coleta de dados relativos a alguns elementos da população e a sua análise, que pode proporcionar informações relevantes sobre toda a população. Para a escolha do processo de amostragem, o pesquisador deve levar em conta o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos elementos da população, a disponibilidade ou não de ter os elementos da população, a representatividade desejada ou necessária, a oportunidade apresentada pela ocorrência de fatos ou eventos, a disponibilidade de tempo, recursos financeiros e humanos (GIL, 1995).

A amostra para o estudo foi calculada em função do número de domicílios de Fortaleza, cujo dimensionamento e seleção foram sistematizados com assessoramento técnico da unidade estadual do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria de Saúde de Fortaleza. O plano de amostragem foi elaborado com base em técnicas de processos probabilísticos com estratificação dos bairros e setores censitários de Fortaleza, para garantir a representatividade da área territorial em que a pesquisa foi realizada, permitindo que, nos domicílios selecionados as informações

obtidas junto às mães pudessem produzir resultados válidos para o conjunto do qual a amostra foi retirada.

Segundo Gil (1995), amostragem probabilística é aquela em que cada elemento da população tem uma chance conhecida e diferente de zero de ser selecionado para compor a amostra. A característica de conhecer a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra garante que a mesma será constituída de elementos selecionados por processos aleatórios e não pela vontade do pesquisador, dos entrevistadores de campo e até mesmo, dos entrevistados. As descobertas baseadas em uma amostra probabilística podem ser generalizadas para a população alvo com um nível específico de confiança.

Segundo o mesmo autor, a amostragem estratificada proporcional caracteriza-se pela seleção aleatória de uma amostra de cada subgrupo da população considerada. O fundamento para delimitar os subgrupos ou estratos pode ser encontrado em propriedades como sexo, idade, classe social, renda familiar.

A seleção da amostra foi realizada considerando a divisão de Fortaleza nas seis Secretarias Executivas Regionais de acordo com a Secretaria de Saúde de Fortaleza. As técnicas amostrais foram planejadas em diferentes etapas:

1ª etapa: Em cada SER foram sorteados três bairros, totalizando 18 bairros;

2ª etapa: Em cada bairro foram sorteados dois setores censitários, totalizando 36 setores (mediante mapeamento do IBGE);

3ª etapa: identificação do domicílio a ser visitado, tendo por critério de inclusão possuir pelo menos uma criança menor de 5 anos e que seja usuária do SUS.

O ponto de partida em cada setor foi randomizado (quarteirão e domicílio) sendo os quarteirões percorridos em sentido horário, passando-se ao quarteirão seguinte, até completar-se o total pretendido de 10 residências por setor censitário que possuam crianças com os critérios estabelecidos. Caso não fosse possível completar a amostra estabelecida de 10 crianças em um só setor, seria tomado complementarmente, o setor vizinho. A identificação do primeiro domicílio

ocorreu aleatoriamente, considerando como ponto de partida a esquina inicial do setor censitário.

O presente estudo utilizou para caracterização de criança, a população na faixa etária de 0 a 5 anos incompletos de acordo com a definição de infantes e pré-escolares do Ministério da Saúde usada em todas as tabulações nacionais e internacionais dos estudos epidemiológicos.

De acordo com as projeções do IBGE existem 116 bairros e 2.194 setores censitários em Fortaleza, nos quais, se encontram cerca de 625.000 famílias. Dentre estas, foram amostradas 350, quantidade determinada através do software Epi Info v 6.04 (sendo esperado em cada bairro que 80% das mães residentes busquem o serviço de atenção básica/prevalência; margem de erro de 5%; confiança de 95%; correção para amostragem por cluster de 30% e reposição de perdas de 10%), distribuídas aleatoriamente nos bairros e setores censitários previamente sorteados.

Tabela 6 – Bairros com número de domicílios que participaram do inquérito por SER em Fortaleza-CE, 2008

SER	Bairro	Nº de domicílios	%
SER I	Cristo Redentor	19	5,4
	São Geraldo	19	5,4
	Floresta	20	5,7
SER II	Cidade 2000	6	1,7
	Meireles	20	5,7
	Mucuripe	14	4,0
	Praia de Iracema	20	5,7
SER III	Bela Vista	13	3,7
	Bom Sucesso	11	3,1
	Joao XXIII	9	2,6
	Pan-Americano	7	2,0
SER IV	Aeroporto	19	5,4
	Parangaba	11	3,1
	Itaperi	17	4,9
SER V	Parque São José	21	6,0
	Granja Portugal	19	5,4
	Manoel Sátiro	21	6,0
SER VI	Dias Macedo	21	6,0
	Jardim das Oliveiras	15	4,3
	Pedras	18	5,1
	Aerolândia	9	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde, 2007.

#### **4.5 Coleta dos dados**

Os dados foram coletados a partir de maio 2008, utilizando-se um formulário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, que avaliou inicialmente se a mãe era usuária do sistema único de saúde e, em caso negativo porque não estava cadastrada (Apêndice 3). Foi aplicado um formulário as mães usuárias do SUS abordando questões relativas à satisfação e qualidade do atendimento recebido nos últimos seis meses a partir da data da entrevista na atenção básica de Fortaleza.

Buscamos entrevistar somente a mãe da criança. O pesquisador, ao selecionar a casa, deveria identificar o horário em que a mesma poderia ser entrevistada, retornando até três vezes ao domicílio. Caso não conseguisse, deveria visitar a casa vizinha (direita) para identificação de nova mãe-criança.

Os formulários foram aplicados por pesquisadores de campo previamente treinados para a realização da pesquisa, sendo acompanhados, avaliados e reciclados (quando necessário) durante todo o período do estudo.

Inicialmente, foi realizado um piloto com 10 mães na regional VI para avaliar a compreensão das questões pelas mães e factibilidade para execução de novas entrevistas. Durante a execução do mesmo, apenas a extensão do inquérito causou inquietação nas mães.

#### **4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

A pesquisa foi realizada dentro dos parâmetros contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado (BRASIL, 1996).

O projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEPE) Folha de Rosto-FR-157611 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, parecer nº 941/07.

---

## **5 RESULTADOS**

## 5. RESULTADOS

Foram entrevistadas 350 mães residentes nas seis secretarias executivas regionais de Fortaleza-Ceará.

Ao iniciarmos a pesquisa, tivemos dificuldades em realizar 10 inquéritos por setor censitário em alguns bairros. Entre os problemas encontrados, podemos citar: mães que ao serem abordadas no domicílio não concordaram em participar, e mães que não possuíam filhos menores de 5 anos. Esse fato nos levou a selecionar o setor vizinho, e em alguns casos, adentrarmos em outros bairros.

Apresentamos a seguir os dados das mães e crianças entrevistadas nesta pesquisa.

### 5.1 Características das mães

Entre as 350 famílias participantes do inquérito domiciliar 327 (93,4%) não possuíam cobertura de planos de saúde e foram consideradas usuárias exclusivas do SUS.

Das 350 mães entrevistadas, 39 eram adolescentes (11,1%), 268 (76,6%) tinham entre 20 e 39 anos e 43 tinham 40 anos ou mais (12,3%). A distribuição das entrevistadas quanto ao estado civil revelou que 201 (57,4%) possuíam companheiro, ou seja, eram casadas ou conviviam maritalmente.

Quanto ao grau de instrução, constatamos que 118 (33,7%) tinham baixa escolaridade (de 0 a 7 anos de estudo), 214 (61,2%) 8 a 14 anos de estudo e somente 18 (5,1%) possuíam 15 ou mais anos de estudo.

Quanto à ocupação, 162 mães eram donas de casa (46,3%) e 188 (53,7%) desenvolviam alguma ocupação remunerada, dentre elas: costureira, doméstica, vendedora autônoma.

Quando verificamos os achados que dizem respeito à renda familiar mensal, constatamos que 186 (53,2%) tinha renda familiar per capita menor que 1 (um) salário mínimo, 124 (35,4%) entre 1 a 2 salários e 40 (11,4%) mais de 2 salários mínimos. Sendo que 109 famílias participavam de algum programa do governo (58,6%).

O estudo evidenciou ainda que, 335 mães (95,7%) fizeram pré-natal na última gravidez. Sendo que 19 (5,4%) realizaram até 3 consultas, 114 (32,6%) de 4 a 6 consultas, e 202 (57,5%) acima de 7 consultas.

Em relação aos partos, verificou-se que 341 (97,4%) ocorreram em hospitais, 6 (1,7%) em casa e 3 (0,9%) a caminho do hospital. Do total de partos, 194 (55,4%) foram normais e 156 (44,6%) cesarianas. Por ocasião do parto, 320 mães (91,4%) receberam a caderneta da criança, com as seguintes informações registradas: nome do RN, peso, tipo de parto, vacinas.

A amostragem também revelou que 320 mães amamentaram no peito, destas 177 (50,6%) relataram aleitamento exclusivo até os seis meses e 327 (93,4%) vacinaram seus filhos na unidade de saúde próxima a sua casa.

Tabela 7 – Características socioeconômicas das mães de crianças menores de 5 anos usuárias da Atenção Básica em saúde amostradas em Fortaleza-CE, 2008

<b>Características das mães</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
13-19 anos	39	11,1
20-39 anos	268	76,6
40 +	43	12,3
<b>Estado civil</b>		
Sem companheiro	149	42,6
Com companheiro	201	57,4
<b>Raça</b>		
Branca	111	31,7
Negra	71	20,3
Parda	166	47,4
Amarela	02	0,6
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
Baixa ( 0 a 7 anos)	118	33,7
Média (8 a 14 anos)	214	61,2
Alta (15 ou +)	18	5,1
<b>Renda Familiar (SM)</b>		
< 1 salário mínimo	186	53,2
1 a 2 salários mínimos	124	35,4
> 2 salários mínimos	40	11,4

Continua...

<b>Características das mães</b>		
<b>Possui televisão em cores</b>		
Sim	321	98,5
Não	5	1,5
<b>Possui geladeira</b>		
Sim	309	88,3
Não	41	11,7
<b>Possui DVD ou vídeo cassete</b>		
Sim	265	75,7
Não	85	24,3
<b>Possui rádio</b>		
Sim	241	68,9
Não	108	30,9
<b>Possui automóvel</b>		
Sim	49	14,0
Não	298	85,1
<b>Benefício social</b>		
Sim	109	31,1
Não	241	68,9

## 5.2 Características das crianças

Verificou-se que 186 crianças (53,1%) eram do sexo masculino e 164 (46,9%) do sexo feminino. Sendo que, 45 (12,9%) eram menores de 1 ano, 63 (18%) tinham 1 ano, 72 (20,6%) tinham 2 anos, 76 (21,7%) tinham 3 anos e 94 (26,8%) tinham 4 anos.

Do total de crianças avaliadas, 272 (77,7%) eram cuidadas a maior parte do tempo pela mãe.

Em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, 172 crianças (49,1%) foram pesadas nos últimos 3 meses com registro no cartão, e 102 (29,1%) apesar de pesadas não tinham registro no cartão. As demais 76 (21,7%) não foram pesadas por ocasião da consulta e nem pelo ACS.

Praticamente todas as crianças estão cadastradas em algum serviço de saúde (93,4%), sugerindo conhecimento da rede de serviços públicos pelos responsáveis.

Tabela 8 – Características das crianças menores de 5 anos, usuárias da atenção básica amostradas em Fortaleza-CE, 2008

<b>Características das crianças</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	186	53,0
Feminino	164	47,0
<b>Idade</b>		
< 1 ano	45	12,9
1 ano	63	18,0
2-4 anos e 11 meses	242	69,1
<b>Quem cuida</b>		
Mãe	272	77,7
Pai	16	4,6
Outros	62	17,7
<b>Mãe realizou pré-natal</b>		
Sim	335	95,7
Não	12	3,4
<b>Nº de consultas</b>		
Até 3	19	5,4
4 a 6	114	32,6
+ 7	202	57,5
<b>Local nascimento</b>		
Hospital	341	97,4
Domicílio	6	1,7
Outro	3	0,9
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	194	55,4
Cesárea	156	44,6
<b>Caderneta da criança</b>		
Sim	320	91,4
Não	16	4,6
<b>Aleitamento materno</b>		
Sim	320	91,4
Não	18	5,1
<b>Vacina UBASF</b>		
Sim	327	93,4
Não	15	4,3

### 5.3 Características dos domicílios

Com relação à moradia, das 350 famílias estudadas 203 (58%) possuíam casa própria, 109 (31,1%) casa alugada e 38 (10,9%) moravam com terceiros. Há uma predominância de casas de tijolo/alvenaria 346 (98,9%), o abastecimento de água encanada ocorria em 323 casas (92,3%), e em 178 (50,9%) o escoamento sanitário se

dava através da rede pública. Do total de domicílios amostrados, 339 (96,9%) possuíam coleta de lixo, e 345 (98,6%) energia elétrica.

Verificou-se ainda que 186 (53,1%) dos domicílios possuíam em média de 4 a 6 cômodos; e 234 (66,9%) em média de 4 a 8 pessoas entre crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Tabela 9 – Caracterização dos domicílios particulares permanentes das mães de crianças menores de 5 anos usuárias da atenção básica amostradas em Fortaleza-CE, 2008

<b>Características dos domicílios</b>	<b>dos N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de moradia</b>		
Própria	203	58,0
Alugada	109	31,1
Outro	38	10,9
<b>Nº de cômodos</b>		
1 a 3	101	28,9
4 a 6	186	53,1
7 a 9	54	15,4
+9	09	2,6
<b>Tipo de construção</b>		
Tijolo/ alvenaria	346	98,9
Outro	4	1,1
<b>Abastecimento de água</b>		
Rede pública	325	92,9
Outro	25	7,1
<b>Escoamento sanitário</b>		
Rede pública	178	50,9
Fossa rudimentar	142	40,6
Fossa séptica	13	3,7
Outro	14	4,0
<b>Destino do lixo</b>		
Coletado	339	96,9
Outro	11	3,1
<b>Energia elétrica</b>		
Sim	345	98,6
Não	05	1,4

#### 5.4 Assistência à saúde

Todas as 350 famílias possuíam crianças menores de 5 anos, as quais tiveram algum tipo de atendimento de saúde nos últimos 6 meses. Sendo que 319

(91,1%) realizaram consultas. Destas, 137 foram por doenças prevalentes na infância (44 por diarreia e 193 por infecção respiratória aguda), 162 por outras causas (convulsão, acidente por queda, problemas de pele, verminose, etc.) e 20 para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Tabela 10).

#### 5.4.1 Trajetória a busca de atendimento quando a criança adocece

Quando indagadas sobre o acesso ao serviço de saúde, 271 mães (77,4%) informaram haver uma unidade de saúde próxima a sua casa.

Com relação ao serviço de saúde 238 (68%) das mães disseram procurar os serviços da atenção básica (postos e centros de saúde), 68 mães (19,4%) dirigem -se aos hospitais públicos e 44 (12,6%) ao serviço particular (hospitais e clínicas).

A entrevista revelou ainda que 259 crianças (74%) foram atendidas por médicos, 60 (17,1%) por enfermeiros e 27 (7,7%) por outros profissionais. Sendo que 202 mães (57,7%) sabiam o nome do profissional – médico ou enfermeiro – que as atendeu.

Quanto à relação estabelecida entre o profissional e o cliente, 223 mães (63,7%) informaram que o profissional perguntou o nome da mãe e o da criança por ocasião da consulta, 303 (86,6%) referiram que o profissional perguntou o motivo da consulta, 253 (72,3%) afirmaram que a criança foi examinada e elas receberam orientações durante a consulta, e 274 (78,3%) afirmaram ter compreendido as informações recebidas.

Apreendeu-se ainda que, 254 mães (72,6%) conseguiram atendimento para o filho (a) no dia em que o (a) mesmo (a) adoceceu. Por ocasião do atendimento, 127 (36,3%) afirmaram ter sido atendidas em até 30 minutos, 53 (22,3%) aguardaram de 30 minutos a 1 hora, 78 (22,3%) entre 1 a 2 horas, e 76 (21,7%) aguardaram mais de 2 horas.

Quanto ao acompanhamento da família pelo agente comunitário de saúde, 314 mães (89,7%) informaram que por ocasião de alguma doença procuravam

diretamente o serviço de saúde, sendo que 301 delas (86%) disseram nunca ter tido os filhos encaminhados ao PSF pelo ACS. Ainda em relação ao ACS, 181 (51,7%) das mães receberam visita domiciliária, sendo que, apenas 85 (24,3%) afirmaram ter sido mensalmente.

Em relação ao acolhimento das crianças nas unidades de saúde, 178 (50,9%) das mães informaram que na sala de espera da unidade de saúde existia algum tipo de entretenimento para as crianças (televisão (167), brinquedos (47), cantinho de leitura (11)).

Nos últimos 12 meses, apenas 61 crianças (17,9%) foram hospitalizadas, sendo: 13 por diarreia, 12 por IRA e 36 por outras causas.

Tabela 10 – Utilização do serviço de saúde pelas crianças menores de 5 anos, com trajetória de busca de atendimento e motivos para escolha do serviço amostradas em Fortaleza-CE, 2008

<b>Características Assistência a saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Consulta nos últimos 6 meses</b>		
Sim	319	91,1
Não	29	8,3
<b>Hospitalização nos últimos 12 meses</b>		
Sim	61	17,4
Não	282	80,6
<b>Tipo de serviço procurado</b>		
Postos/ centros de saúde	238	68,0
Hospital público	68	19,4
Hospital particular	44	12,6
<b>Unidade de saúde próximo de casa</b>		
Sim	271	77,4
Não	54	15,4
<b>Motivo da última consulta</b>		
Doenças prevalentes na infância	137	39,1
Rotina	20	5,7
Outros	174	49,7
<b>Profissional que atendeu</b>		
Médico	259	74,0
Enfermeiro	60	17,1
Outro	27	7,7
<b>Sabe o nome do profissional</b>		
Sim	202	57,7
Não	123	35,1
<b>Profis. Perguntou motivo da consulta</b>		
Sim	303	86,6
Não	34	9,7

Continua...

<b>Características Assistência a saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Profis. Tratou mãe/criança pelo nome</b>		
Sim	223	63,7
Não	106	30,3
<b>Profis. Examinou/deu informações</b>		
Sim	253	72,3
Não	84	24,0
<b>Compreendeu as informações recebidas</b>		
Sim	274	78,3
Não	23	6,60
Parcialmente	41	11,7
<b>Atendimento no dia que precisou</b>		
Sim	254	72,6
Não	85	24,3
<b>Tempo de espera (agendamento)</b>		
< 10 dias	58	16,6
10 a 30 dias	14	4,0
+ 30 dias	5	1,4
<b>Tempo de espera p/ realização da consulta</b>		
Até 30 min.	127	36,3
30 min. A 2 horas	131	37,4
+ 2 horas	76	21,7
<b>Sala de espera possui entretenimento p/ criança</b>		
Sim	178	50,9
Não	158	45,1
<b>Procura ajuda do ACS</b>		
Sim	33	9,4
Não	314	89,7
<b>ACS encaminha ao PSF</b>		
Sim	44	12,6
Não	301	86,0
<b>Visitada pelo ACS</b>		
Sim	181	51,7
Não	167	47,7
<b>Frequência da visita</b>		
Mensal	85	24,3
A cada 2 meses	53	15,1
A cada 3 meses	37	10,6

\* Doenças prevalentes na infância mencionadas – diarreia e IRA

Quanto ao atendimento recebido, 218 mães (62,3%) afirmaram ter gostado, e quando solicitamos que numa escala de 0 a 10, atribuísem uma nota ao atendimento recebido, 15 (4,3%) deram zero, 68 (19,42%) deram nota entre 1 e 5 e 263 (75,1%) acima de 6.

Uma vez que buscamos conhecer a qualidade do serviço apontada pela mãe para diminuir a distância entre o desempenho do serviço e as expectativas do cliente, procuramos identificar quais os fatores que favorecem essa satisfação. Dentre estes

destacamos: qualidade geral do atendimento (atendimento da unidade de saúde é bom; profissionais tratam bem as crianças; a oferta do remédio é gratuita); proximidade da unidade de saúde de sua casa (acessibilidade geográfica), qualidade da atenção médica (examina bem, solicita exames, é atencioso (a), explica os procedimentos a serem realizados à criança). Enquanto que os fatores responsáveis pela insatisfação foram principalmente, o tratamento impessoal dado pelos profissionais de saúde (não olha para a criança, não examina, não explica a conduta e a prescrição; as atendentes são grosseiras, absenteísmo do profissional (médico), demora no atendimento (chegada tardia do profissional para o atendimento), e infra-estrutura).

Tabela 11 – Satisfação das mães de crianças menores de 5 anos quanto ao atendimento recebido por seus filhos na atenção básica de Fortaleza-CE, 2008

Satisfação do Atendimento	Nº	%
<b>Gostaram do atendimento</b>		
Sim	218	62,3
Parcialmente	69	19,7
Não	59	16,9
<b>Nota atribuída</b>		
0	15	4,3
1	2	0,6
2	4	1,1
3	12	3,4
4	7	2,0
5	43	12,3
6	21	6,0
7	42	12
8	69	19,7
9	44	12,6
10	87	24,9
NR	4	1,14

Visando atender aos objetivos específicos propostos, faremos a seguir uma associação entre as características socioeconômicas e demográficas com a satisfação das mães pelo atendimento recebido por seus filhos na atenção básica de Fortaleza.

Tabela 12 – Análise univariada da associação entre os indicadores socioeconômicos e demográficos das mães de crianças menores de 5 anos e a satisfação com o atendimento recebido por seus filhos na atenção básica de saúde de Fortaleza-CE, 2008

Características das mães	Satisfação		OR RR	IC	X <sup>2</sup>	P*
	Sim	Não				
<b>Idade</b>						
13-19 anos	20	18	0.63	0.31-1.32	1.74	0.18
20 +	196	112	0.83	0.60-1.13		
<b>Estado civil</b>						
Sem companheiro	95	53	1.09	0.69-1.74	0.15	0.69
Com companheiro	123	75	1.03	0.88-1.22		
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>						
Baixa ( 0 a 7 anos)	76	42	1.14	0.69-1.87	0.29	0.59
Média (8 a 14 anos)	129	81	1.05	0.88-1.24		
Baixa ( 0 a 7 anos)	76	42	0.70	0.20-2.30	0.42	0.51
Alta (15 ou +)	13	05	0.89	0.65-1.22		
<b>Renda Familiar (SM)</b>						
< 1 salário mínimo	115	70	0.97	0.62-1.54	0.02	0.90
> 1 salário mínimo	103	58	0.99	0.84-1.16		
<b>Tipo de moradia</b>						
Própria	120	81	0.66	0.39-1.12	2.67	0.10
Alugada	74	33	0.86	0.73-1.02		
<b>Nº de cômodos</b>						
1 a 6	180	104	1.12	0.61 – 2.05	0.16	0.68
+ 7	37	24	1.04	0.84 – 1.30		
<b>Tipo de constr.</b>						
Tijolo/ alvenaria	215	127	0.56	0.02 – 6.15	0.25	0.61
Outro	03	01	0.84	0.47 – 1.48		
<b>Abastecimento de água</b>						
Rede pública	202	119	0.62	0.16 – 2.16	0.67	0.41
Outro	11	04	0.86	0.63 – 1.18		
<b>Escoamento sanitário</b>						
Rede pública	111	64	1.04	0.65 – 1.64	0.03	0.86
Outro	107	64	1.01	0.86 – 1.19		
<b>Destino do lixo</b>						
Coletado	213	122	2.10	0.55 – 8.10	1.50	0.22
Outro	05	06	1.40	0.73 – 2.69		
<b>Energia elétrica</b>						
Sim	215	126	1.14	0.13 – 8.48	0.02	0.88
Não	03	02	1.05	0.51 – 2.16		

OD = odds ratio, RR = risco relativo, IC = intervalo de confiança, X<sup>2</sup>= qui-quadrado de Mantel-Hanszel  
P\* = p. values

Apresentamos a seguir (Tabela 13) os dados da associação entre as características de satisfação da assistência e algumas variáveis relacionadas a assistência e a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais, às crianças menores de 5 anos.

Tabela 13 – Análise univariada da associação entre as características de assistência a saúde das crianças menores de 5 anos na atenção básica de Fortaleza e a satisfação das mães, 2008

Características dos domicílios	Satisfação		OR RR	IC	X <sup>2</sup>	P*
	Sim	Não				
<b>Consulta nos últimos 6 meses</b>						
Sim	202	117	1.09	0.44-2.64	0.04	0.84
Não	16	10	1.03	0.75-1.41		
<b>Hospitalização nos últimos 12 meses</b>						
Sim	45	16	1.81	0.94 - 3.54	3.61	0.05
Não	169	109	1.21	1.02 - 1.45		
<b>Tipo de serviço procurado</b>						
Postos/ centros de saúde	148	89	0.95	0.58 -1.57	0.04	0.84
Hospitais (público e particular)	68	39	0.98	0.83 -1.17		
<b>Unidade de saúde próximo de casa</b>						
Sim	167	103	0.72	0.36 – 1.42	1.02	0.31
Não	36	16	0.89	0.73 – 1.10		
<b>Motivo da última consulta</b>						
Doenças	199	112	0.96	0.33-2.66	0.01	0.92
Rotina	13	7	0.98	0.71-1.37		
<b>Profissional que atendeu</b>						
Médico	172	83	2.66	1.47 – 4.84	12.25	0.00
Enfermeiro	28	36	1.54	1.15 – 2.06		
<b>Sabe o nome do profis.</b>						
Sim	139	63	1.64	1.00 – 2.68	4.33	0.03
Não	70	52	1.20			
<b>Profis. Tratou mãe/criança pelo nome</b>						
Sim	166	57	3.95	2.35-6.64	31.86	0.00
Não	45	61	1.75	1.39-2.22		
<b>Profis. Examinou/deu informações</b>						
Sim	180	73	9.04	3.30 – 26.06	27.75	0.00
Não	6	22	3.32	1.63 – 6.78		
<b>Compreendeu as informações recebidas</b>						
Sim	186	88	4.83	1.79 – 13.50	13.03	0.00
Não	7	16	2.23	1.20 – 4.16		
<b>Atendimento no dia que precisou</b>						
Sim	170	84	1.64	0.96 – 2.78	3.73	0.05
Não	47	38	1.21	0.98 – 1.49		
<b>Tempo de espera (agendamento)</b>						
Até 30 dias	43	29	2.22	0.28 – 20.55	0.74	0.38
+ 30 dias	2	3	1.49	0.50 – 4.44		
<b>Tempo de espera p/ realização da consulta</b>						
Até 2 horas	124	61	2.38	1.33 – 4.26	9.92	0.00
+ 2 horas	35	41	1.46	1.12 – 1.89		
<b>Sala de espera possui entretenimento p/ criança</b>						
Sim	134	45	2.69	1.65 – 4.38	18.04	0.00
Não	82	74	1.42	1.20 – 1.69		
<b>Procura ajuda do ACS</b>						
Sim	22	11	1.20	0.53 – 2.74	0.21	0.64
Não	194	116	1.07	0.82 – 1.38		

Continua...

Características dos domicílios	Satisfação		OR RR	IC	X <sup>2</sup>	P*
	Sim	Não				
<b>ACS encaminha ao PSF</b>						
Sim	33	10	2.09	0.95 – 4.73	3.89	0.04
Não	183	116	1.25	1.04 – 1.51		
<b>Visitada pelo ACS</b>						
Sim	110	70	0.84	0.53 – 1.33	0.63	0.42
Não	107	57	0.94	0.80 – 1.10		
<b>Frequência da visita</b>						
Mensal	51	33	1.03	0.54 – 1.98	0.01	0.92
2 ou	54	36	1.01	0.80 – 1.29		

OD = odds ratio; RR = risco relativo; IC = intervalo de confiança; X<sup>2</sup>= qui-quadrado de Mantel-Hanszel  
P\* = p. values

## **6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo realizado com mães moradoras das seis regionais de Fortaleza nos trouxe diversos resultados que oferecem um panorama das características sócio demográficas das usuárias atendidas na rede básica de saúde. Além desses aspectos o estudo foi capaz de oferecer dados sobre a satisfação do atendimento recebido pelas crianças menores de 5 anos.

A avaliação ampliada dos serviços de saúde busca, essencialmente, oferecer subsídios à gestão municipal de saúde, elementos que possam melhorar a qualidade da oferta e atuar de forma reflexiva, a partir das sugestões apontadas pelos usuários.

Para Bodstein (2002) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c), estão claras, e não são de hoje, as proposições e posições assumidas por gestores e pesquisadores que têm refletido sobre a necessidade de investir na incorporação da avaliação à rotina dos serviços. Como forma de desenvolver e/ou fortalecer a capacidade técnica, o planejamento e a gestão, como instrumento de suporte à formação dos sujeitos envolvidos no processo (gestores, usuários e profissionais) nos diversos níveis de saúde.

Segundo Bosi e Mercado-Martínez (2004), a avaliação compreendida como parte integrante do processo de gestão, tem dentre os seus objetivos, a busca de maior eficiência e eficácia dos serviços. Isto não pode ser obtido se não levar em conta indicadores econômicos, tecnológicos e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, objetivos, estrutura, processos, resultados, bem como a percepção e necessidade dos usuários dos serviços de saúde.

Segundo Travassos e Martins (2004), o acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subseqüentes. Nesse modelo, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores

individuais, definidos como: fatores predisponentes (fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde, e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde); fatores capacitantes (os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde); e necessidades de saúde (condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde).

Os autores destacam o fato de que a disponibilidade do serviço pode não ser do conhecimento de todos, e que, diferentes grupos populacionais variam no nível de informação que possuem sobre os serviços disponibilizados. Desse modo, a experiência com os serviços e as informações que deles dispõem, influencia a forma como as pessoas percebem as dificuldades e facilidades para obtenção dos serviços de saúde que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos.

Dentre os motivos pelos quais, a estratégia Saúde da Família foi criada, está o de permitir o acesso da população aos serviços de saúde; para isto os que ali trabalham devem ser acolhedores. O servidor deve saber acolher o outro, sobretudo quando este outro, o usuário está necessitado de compreensão, de cuidados humanos.

As limitações das grandes cidades brasileiras na produção de políticas públicas que visam à melhoria das condições de vida da sua população, são apontadas no estudo de Caetano e Dain (2002) e estão sob o condicionamento de movimentos de crescimento econômico e estagnação, de incorporação e exclusão social, urbanização desordenada, falta crescente de oportunidades de integração econômica da população metropolitana, dentre outros.

Historicamente, a criança sempre foi prioridade nas políticas públicas de saúde. Mesmo nos períodos de crise, a atenção à criança tinha um caráter mais integral. Hoje, pensar a saúde da criança remete a análise de aspectos relacionados aos cuidados de saúde numa sociedade contemporânea. Alguns Indicadores podem auxiliar a reflexão destes tempos modernos. Na área de educação são 34,5 milhões de pessoas que lêem e escrevem precariamente, ou seja, são analfabetas funcionais. Quanto à distribuição de renda, a renda média dos 10% mais ricos é 53 vezes maior que dos 10% mais pobres. Em relação às condições de moradia, 12 milhões de

pessoas vivem em locais impróprios nas grandes cidades e 3,7 milhões de domicílios não possuem banheiro nem sanitário (PRADO; FUJIMON; CIANCIARULLO, 2007).

Os resultados desta pesquisa mostraram haver uma nítida predominância de mães (61,1%) que tinham entre 8 a 14 anos de estudo, e que desenvolviam algum tipo de atividade remunerada (53,7%), sendo que 53,1% tinham renda familiar menor que um salário mínimo e 31,2% recebiam algum benefício social. Quando inquiridas sobre a disponibilidade de bens duráveis, 98,5% afirmaram ter televisão em cores nos seus lares, 88,3% tem geladeira, 68,9% tem aparelho de rádio e 75,7% tem aparelho de *Digital Versatile Disc-DVD*/Vídeo cassete. Finalmente quando interrogadas sobre a disponibilidade de automóvel para uso da família, 14% informaram possuir veículo automotor próprio (Tabela 7).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2007, o valor médio do rendimento familiar per capita no Brasil em 2007 ficou em torno de R\$ 624,00. Entretanto, metade das famílias vivia com valores que ficavam abaixo de R\$ 380,00, correspondente ao valor do salário mínimo do mesmo ano. A distribuição de renda no País é bastante desigual, no tocante às suas características regionais. O que fica evidenciado por meio dos dados levantados pela pesquisa: metade das famílias nordestinas viviam com até R\$ 214,00, enquanto na Região Sudeste o valor do rendimento mediano girava em torno de R\$ 441,00. Todavia, a comparação da relação entre os rendimentos dos 40% mais pobres e os dos 10% mais ricos, de 1997 a 2007, mostra uma ligeira tendência de redução, indicando uma pequena melhora na distribuição de renda no primeiro lustro da década atual (IBGE, 2008).

Em 2007, 20,5% dos domicílios brasileiros informaram possuir, ao mesmo tempo, iluminação elétrica, telefonia fixa, computador, geladeira, TV em cores e máquina de lavar. Quando a este conjunto se inclui acesso à Internet, este percentual cai para 17,6% (IBGE, 2008).

Um dos mais graves problemas sociais que o Brasil enfrenta é a pobreza de sua população, reflexo de séculos de políticas concentradoras de renda. Lopes (2001) observa que existe uma relação muito íntima entre a baixa escolaridade, o tipo de

ocupação e a renda mensal implicando muitas vezes em um cuidado deficiente oferecido às crianças.

Desde meados do século XX, tem-se implantado políticas governamentais cujo objetivo, direto ou indireto, é a redução do número de pessoas pobres, sendo intensificado depois de 1988, com a promulgação da Constituição Cidadã, que abriu precedentes para discussão dos direitos sociais e o papel da assistência social no Brasil. Mais precisamente no fim dos anos 90, as famílias pobres do país se viram beneficiadas por um emaranhado de pequenos programas de transferência de renda. O ápice desse processo de focalização de políticas em torno do problema da pobreza se deu em 2003, com a consolidação de diversos programas sociais num único programa: o Bolsa-Família (MONTALI, 2008).

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 69,01 a R\$ 137,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 69,00). O PBF unificou quatro programas federais (Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás e o Cartão-Alimentação), no âmbito da estratégia Fome Zero, que visa assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza, bem como a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome.

A distribuição dos beneficiários do PBF por regiões aponta que o Nordeste, concentra metade do total das famílias beneficiadas. Em 2004, a região totalizava 3,3 milhões de famílias, o equivalente a 50,5%. Em 2007, o número de famílias atendidas pelo PBF já era de 5,6 milhões, representando 50,47% , um crescimento de 67,9% em relação ao ano de 2004. Em seguida, a região Sudeste apresenta a segunda maior participação. Em média, considerando os anos de 2004 a 2007, a região teve uma participação de 26,3%, enquanto as demais regiões (Sul, Norte e Centro-Oeste) apresentaram uma distribuição espacial média de 10,0%, 8,8% e 5,1%, respectivamente (PEQUENO, 2009).

Em recente levantamento realizado pelo IBGE (2008), para o total dos domicílios brasileiros, 18,3% receberam em 2006 transferências de renda de programas sociais. Os valores encontrados nesta pesquisa assemelham-se aos dados do IBGE.

Observamos em nosso estudo que apesar de todas as mudanças ocorridas na situação socioeconômica ao longo dos anos, grande maioria das mães ainda possui renda familiar abaixo de um salário mínimo, o que conseqüentemente pode influenciar na saúde da família.

Estudos têm demonstrado que existem diferenças importantes nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre usuários do (SUS), em comparação aos beneficiários da medicina suplementar. Dados do suplemento de saúde da PNAD, realizada pelo IBGE para o ano de 2003, apresentaram uma prevalência de usuários exclusivos do SUS superior a 90% entre aqueles com renda domiciliar per capita mais baixa; entre os de renda mais alta, essa prevalência mostrou-se inferior a 30%. (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008).

Para Lima-Costa e Loyola Filho (2008), a situação socioeconômica e/ou a escolaridade são importantes determinantes do uso do serviço de saúde e estão fortemente associadas à cobertura por medicina suplementar no Brasil. Dessa forma, espera-se que entre os usuários do SUS, predomine a baixa escolaridade e/ou a baixa renda.

Puccini *et al.* (2002) demonstra em seu estudo que famílias de menor poder aquisitivo retardam a procura por atendimento adequado para seus filhos, favorecendo o agravamento de doenças e a hospitalização.

Segundo Kassouf (2005), uma melhoria significativa nas estatísticas de saúde tem sido observada nos últimos 50 anos, devido não somente ao aumento do nível de renda e educação da população, mas também graças à melhoria e disponibilidade dos serviços de saúde.

Verificou-se ainda que, o percentual de mulheres que se diziam mães solteiras (42,6%) é bastante elevado. Sendo as mesmas obrigadas a cumprir dupla

jornada de trabalho para garantir o sustento da família, por serem os chefes do lar. Segundo dados do censo do IBGE (2002), as famílias chefiadas por mulheres representam 24,9% dos domicílios brasileiros. O nordeste é a região brasileira que apresenta a maior proporção de domicílios chefiados por mulheres, com 25,9%, acompanhado pela região sudeste com 25,6%.

Segundo Berquó (2001), a chefia feminina é um fenômeno tipicamente urbano, e vem crescendo no país como um todo. Destacam-se as mulheres mais jovens, separadas, negras, com baixo poder aquisitivo e escolaridade.

Em relação às condições de habitação, 58% moram em casa própria. Verificou-se que há uma boa cobertura dos domicílios com acesso a água tratada, bem como coleta de lixo e energia elétrica. Somente 50,9% dessas casas têm escoamento sanitário.

Estes dados apontam para a existência de um déficit habitacional com parcela significativa das famílias vivendo em casas alugadas. Esta modalidade de moradia pode contribuir para agravamento da situação de empobrecimento da família tendo em vista que o valor pago pelo aluguel consome parte importante do orçamento

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2008) mostram que: 73,6% da população urbana brasileira possuem casa própria, 82% possuem rede de abastecimento de água, 75% possuem escoamento sanitário com rede coletora ou fossa séptica, 88% possuem coleta de lixo e 98% possuem energia elétrica. Em relação à educação, a pesquisa mostra que: 10% das mulheres não tem instrução, 40% tem entre 1 a 7 anos de estudo, 17% tem entre 8 a 10 anos de estudo e 32% tem 11 anos ou mais.

Ainda segundo a PNAD o número médio de moradores por domicílio, que em 1997 era de 3,8 e 3,6 em 2002, caiu para 3,4 pessoas em 2007, resultado da queda da fecundidade e redução do tamanho médio das famílias. Por outro lado, esta redução pode favorecer o surgimento de padrões mais aceitáveis de conforto domiciliar (IBGE, 2008).

A melhoria das condições de habitação, particularmente o aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico adequado e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, vem contribuindo para reduzir as mortes infantis. A taxa de mortalidade infantil continua em declínio, passando de 35,20‰ para 24,32‰, entre 1997 e 2007 (IBGE, 2008).

Todas as mães entrevistadas possuíam crianças menores de 5 anos, e em relação ao perfil destas crianças (Tabela 8) observou-se uma predominância na faixa etária de 2 a 4 anos 11 meses e 29 dias (69,1%) e no sexo masculino (53,1%).

No caso das políticas de atenção à criança, os serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos para a promoção, prevenção e proteção voltados para a criança e sua família, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento. Durante a pesquisa, Identificou-se que a maioria das mães 95,7% realizou pré-natal durante a última gravidez, sendo que, 60,3% destas fizeram mais de 7 consultas.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2005b).

A maioria predominante das crianças (97,4%) teve assistência hospitalar durante o nascimento. A frequência de cesarianas em nosso estudo (44,57%) ficou acima do preconizado pela World Health Organization (WHO) que é de 20% para a América Latina. De acordo com Kac *et al.* (2007), existe inúmeros fatores associados com a ocorrência de cesárea. Os principais incluem a idade materna, a cor de pele, o nível socioeconômico, o estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso gestacional, a paridade e a ocorrência prévia de cesárea. Seu estudo apontou uma prevalência de cesárea de 36,3%.

O Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas, com taxas, desde o início da década de 80, em torno de 30% (indicadores de saúde pública), apontam que houve crescimento das taxas de cesáreas, de 14,6% (1970) para 31,0% (1987), chegando a 27,5% (2004). Na saúde privada (planos de saúde e convênios), segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2006), as taxas estão em torno de 80%.

Verificou-se no grupo estudado que a maioria das crianças estava sob cuidados maternos (77,7%), salvo em algumas situações em que podiam contar com o apoio do pai e/ou da avó da criança. Essa era uma situação esperada, uma vez que recai sobre a mulher/ mãe o maior peso na responsabilidade pelo cuidado com os filhos.

Com base nos resultados acima, podemos afirmar que a imunização é o principal motivo de procura do serviço de saúde. A puericultura, eixo central do atendimento a criança, não tem sido sistematicamente incorporada no acompanhamento das crianças.

Franklin (1999) em estudo sobre a ESF em Iguatú, Ceará, observou redução nos índices de mortalidade infantil, melhoria nos níveis de aleitamento materno, acompanhamento de 95% das gestantes cadastradas e índice de vacinação de 100%.

Puccini *et al.* (2002) em um estudo sobre a Saúde infantil: condições de vida e utilização de serviços de saúde, verificou que mais de 90% das mães realizaram pré-natal e cerca de 80% das crianças menores de um ano eram acompanhadas em serviços de saúde; sendo as unidades básicas de saúde mais utilizadas para vacinação (97,4%) e acompanhamento de saúde (79,%) e os outros serviços de saúde para consultas não marcadas, com maior procura por serviços privados/convênios no estrato da população com melhores condições socioeconômicas.

Em relação ao acesso aos serviços, um dado que nos chamou a atenção foi o do número de consultas realizadas sem agendamento, em torno de 72,6 % do total. Essa informação pode sugerir falha na rotina de acompanhamento das crianças. Para uma melhor sistematização do atendimento, os protocolos de atenção às crianças

preconizam a realização de consultas sistemáticas na faixa etária menor de 5 anos, pela sua vulnerabilidade a doenças e agravos (BRASIL, 2002b).

Este fato pode estar relacionado, na realidade do estudo, ao não acompanhamento das crianças na puericultura, o que certamente contribuiria para minimizar os agravos na saúde das crianças e conseqüentemente a procura pelos serviços.

Victora *et al.*, em um estudo realizado em três estados do Nordeste do país, observaram uma relação inversa entre a renda familiar e a monitorização do crescimento e desenvolvimento. Costa *et al.*, na análise de uma coorte de crianças em 1993, verificaram que a média de consultas preventivas ficava abaixo de sete nas crianças de famílias que recebiam menos de um salário mínimo. Tem sido demonstrado também, que famílias de menor poder aquisitivo retardam a procura por atendimento adequado para seus filhos, favorecendo o agravamento de doenças e a hospitalização (PUCCINI *et al.*, 2002).

Entre as mães que afirmaram ter conseguido atendimento para o filho (a) no dia que ele (a) precisou; 37,4% disseram ter esperado até 2 horas pela realização da consulta. Observou-se (Tabela 10) que para 88,8% das crianças a ida ao posto ocorreu em caso de doença ou mal estar (ou seja, em condições agudas ou semi-agudas). Este dado reforça a idéia da inexistência de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de forma sistemática.

O planejamento do setor saúde se depara com um grande desafio que envolve a tomada de decisão sobre a localização e dimensão dos serviços. O acesso da população aos serviços de saúde é um pré-requisito de fundamental importância para uma eficiente assistência à saúde. Constituindo na atenção básica um grande desafio para aqueles que se empenham em prestar um serviço de qualidade, por envolver aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país (BRASIL, 2004b).

Kovasc *et al.* (2005), em um estudo sobre a acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de saúde, verificou que 48,3% das crianças procuram o pronto-socorro; 19,7% o Saúde da Família, e 17% procuram o centro de saúde.

Acerca das limitações no acesso à atenção primária Kovasc *et al.* (2005), exploram algumas possibilidades em que ocorrem conflitos de interesses entre oferta e demanda. A primeira, a criança pode apresentar um quadro que exigia atendimento mais rápido, passível de resolução no nível primário, em horário ou dia em que essas unidades estejam fechadas, tornando adequada a demanda para o serviço de urgência/emergência. A segunda estaria associada à inserção dos responsáveis no mercado de trabalho. A terceira possibilidade remete à organização do atendimento, vínculos entre usuário e equipe e/ou profissional e expectativas quanto à capacidade do serviço de satisfazer necessidades imediatas. As experiências de familiares, amigos e vizinhos influenciam a utilização dos serviços. Finalmente, a quarta possibilidade, apesar da expansão do PSF, o acesso geográfico tem peso na opção de não buscar outros serviços.

A melhoria das condições de acesso aos serviços deve ser permeada pelo aumento do coeficiente de vínculo entre o profissional e a comunidade assistida. Coeficiente este que se eleva à medida que ambos passam a conviver, cotidianamente, na unidade de saúde e no território abrangido. A Estratégia de Saúde da Família trabalha com ferramentas que aproximam esses dois lados, fortalecendo o vínculo e, portanto, facilitando o acesso (CARDOSO, 2002).

Segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), a formação do vínculo no serviço ocorre pela aproximação do usuário e profissional de saúde, ambos com necessidades, razões e sentimentos, mas com expectativas diferentes.

Schimidt e Lima (2004) reforçam a noção de que o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando a identificação das necessidades.

Quando indagadas sobre a trajetória de busca de atendimento quando os filhos estão doentes (Tabela 10), 89,7% das mães disseram não procurar o ACS, 68% procuravam os serviços de atenção básica (postos e centros de saúde), sendo que, 77,4% possuíam uma unidade de saúde próximo de casa, fator que pode representar o principal motivo da escolha.

Em seu estudo, Kovasc *et al.* (2002) evidenciou ainda que, cerca de 88% das crianças são cadastradas numa unidade de saúde e apenas 18,9% das mães/responsáveis preferem unidades básicas quando a criança adocece. Assim, a maior parte das crianças foi levada ao serviço preferido (gosta/confia nos profissionais, acessibilidade geográfica, qualidade do atendimento).

Historicamente, os ACS representam um elo entre a equipe profissional e a comunidade. Seu trabalho é pautado no contato direto, contínuo e ininterrupto com a comunidade. Por conviver com a realidade do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, o ACS torna-se um interlocutor das contradições e dos diálogos entre saberes e práticas, podendo ser um facilitador ou um empecilho nessa mediação. No entanto, constatou-se que 301 mães (86%) nunca tiveram seus filhos encaminhados pelo ACS para atendimento no serviço de saúde. O que pode ser confirmado quando confrontado com os dados referentes à realização da puericultura.

De acordo com Jardim e Lancman (2009), o ACS é um sujeito que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde, sem bagagem técnica específica, e trabalha por meio do diálogo com a comunidade buscando conscientizar e ser um agente educador.

Exemplo do desempenho do trabalho dos ACS foi um estudo realizado sobre as mudanças em indicadores de saúde infantil ao longo de três anos, em Itapirapuã Paulista, São Paulo, após a atuação de 12 ACS previamente treinados. Os indicadores de saúde infantil estudados foram sistematicamente melhores que os indicadores de um município vizinho tomado como controle, revelando ser bastante provável que os ACS tenham contribuído para essas melhorias (CÉSAR *et al.*, 2002).

O Ministério da Saúde reconhece o PSF como estratégia prioritária para consolidação da atenção básica, através da Portaria 648, de 28 de março de 2006, atualiza, baseando-se nas várias experiências, bem sucedidas, em cursos no país, as atribuições, comuns e específicas, para os diversos componentes da equipe da saúde da família. Neste documento, ao ACS cabe, além de outras,

desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco. (BRASIL, 2006a).

Ao analisarmos em nosso estudo a frequência de visitas domiciliares realizadas pelo ACS, constatou-se que apenas 85 mães (24,3%) receberam visita mensal deste profissional, dado que nos faz refletir sobre o processo de trabalho do mesmo.

Vale ressaltar que no município de Fortaleza inúmeras mudanças ocorreram entre os anos 2004 a 2006 no processo de trabalho desses ACS, com grande desestruturação da rede de assistência havendo rotatividade daqueles que já atuavam nas comunidades e outros, demitidos. Esse fato pode ter gerado uma falta de sistematização das visitas de acompanhamento às crianças, conforme percebemos nos resultados desta pesquisa. Atualmente com 779 ACS atuando nos Centros de Saúde da Família, existentes nas seis SER, o município realizou Seleção Pública em 2006 para regulamentação desse trabalhador, e preenchimento de 2.627 vagas de ACS. Salienta-se que esse número foi gerado a partir do processo de territorialização realizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza tendo o município sido dividido em 2.627 microáreas classificadas em riscos: 1, 2, 3 e 4 (FORTALEZA, 2007).

Ferraz e Aerts (2005) verificam que apesar da visita domiciliar ser a principal atividade do agente de saúde, esta não é realizada com efetividade, uma vez que parte do tempo o ACS dedica a atividades administrativas o que descaracteriza sua função.

A população infantil na faixa etária deste estudo é considerada prioridade para o Ministério da Saúde e ainda assim temos dados que nos mostra que 15,1% e

10,6% dessa população recebiam visita a cada dois e três meses respectivamente. Nos indagamos como estabelecer vínculo com as famílias, princípio fundamental para condução do trabalho deste profissional, diante da frequência de visitas apontadas.

Concordamos com Lunardelo (2004), quando ele diz que o domicílio não é um território público e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, o agente deve estabelecer vínculo e relações de confiança com a comunidade.

Levy, Matos e Tomita (2004) em estudo qualitativo sobre a percepção dos usuários a respeito do trabalho realizados pelos ACS, destacaram como principal atividade desenvolvida às visitas domiciliares, enquanto fator que corrobora a satisfação mostrada pelo usuário.

Para Mishima e Campos (2003), é importante ressaltar que, mesmo sendo de responsabilidade de toda a equipe a articulação com indivíduos, família e comunidade, cabe aos ACS, o esforço inicial de articulação e integração e, ainda, o estabelecimento de vínculos com a comunidade.

O vínculo dos usuários aos serviços pode ser medido pelo modo como recebem informações relevantes pelos profissionais de saúde ou como apreendem as informações prestadas. Em nosso estudo, verificou-se que 57,7% das mães entrevistadas conhecem o nome do médico que realizou a última consulta. O ideal seria, no entanto, que todas as mães soubessem o nome do profissional que prestou atendimento a seu filho. Machado (2005) reforça a importância de o cliente ser identificado pelo nome e saber qual o profissional está lhe prestando atendimento. O nome é um dos elementos essenciais em uma relação dialógica, sendo necessário que haja um exercício permanente da menção do nome do paciente durante a consulta. Em se tratando do atendimento à criança, há um significado simbólico a mãe ouvir do profissional a referência ao nome do filho, preferencialmente, da forma com esta o trata no dia-a-dia. Daí a importância do profissional perguntar e registrar no prontuário o nome corriqueiramente utilizado pela mãe e os demais familiares.

Com relação ao processo de atendimento às crianças, verificou-se que a maioria das mães (86,6%) relatou que o profissional de saúde perguntou o motivo porque a mãe procurou a consulta; 72,3% receberam explicações sobre o problema e tratamento e 63,7% disseram ter sido tratadas (mãe/criança) pelo nome. Estes dados sugerem uma vinculação positiva dos usuários com os profissionais que lhes atenderam.

Leite, Sá e Bessa (2007, p.92) no que concerne ao atendimento prestado à criança em interface com habilidades de comunicação durante a consulta descrevem que:

Para atender com qualidade, o médico deve ser possuidor de um conjunto amplo de competências e de habilidades específicas na comunicação com as crianças, seus pais ou cuidadores diretos e com outros membros da família, na recepção, na coleta de informações, no ato do exame físico, no raciocínio diagnóstico, na negociação do plano terapêutico.

A satisfação das mães relacionada ao atendimento prestado à criança descrita nessa investigação conflui para o que foi visto no estudo de Silva *et al.* (1999) no que se trata da importância existente em relação ao nível de comunicação entre o profissional e o paciente, a compreensão dos problemas pessoais, a forma de tratar o paciente sem discriminação e explicações sobre as enfermidades.

Segundo Travassos e Martins (2004), o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura o cuidado e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo geralmente é responsável pelo primeiro contato com o serviço de saúde, e os profissionais são responsáveis pelos contatos subsequentes.

Ribeiro, Siqueira e Pinto (2008), em estudo sobre avaliação da atenção a saúde da criança (0-5 Anos) no PSF de Teresópolis (Rio de Janeiro) segundo a percepção dos usuários observou que 83,5% dos entrevistados conhecem o nome do médico que realizou a última consulta, e 81,1% consideraram o atendimento médico muito bom. Sugerindo uma boa aceitação e satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Corroboramos com Azevedo e Barbosa (2007) quando afirmam que disponibilizar um bom atendimento, boa recepção e tratamento cortês ao usuário, mesmo que ele não tenha os seus problemas de saúde resolvidos, gera satisfação. Da mesma forma, tais atitudes somadas à boa vontade, educação, capacidade de escuta e de entender os motivos do paciente influenciam na percepção de resolutividade do serviço (COTTA *et al.*, 2005).

Percebe-se ainda que a maioria das mães 78,8% compreendeu todas as informações dadas pelo profissional durante a consulta, entretanto dado à importância da comunicação efetiva entre profissional e usuário para o cuidado a saúde, muito nos preocupa evidenciar que 6,6% das mães não compreenderam as informações recebidas durante a consulta.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Para Yépez e Moraes (2004), a principal consequência verificada em virtude do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente é o denominado "baixo comprometimento" do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada.

Ainda segundo os autores, a comprovação de que esse modelo de atendimento possui limitações pode ser percebido, tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolutividade, já que fica cada vez mais clara a complexidade do processo de adoecer, bem como a necessidade de o paciente comprometer-se com os cuidados com a sua saúde. Esse reconhecimento vem implicando a necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço.

Cotta *et al.* (2005) em um estudo observacional de abordagem quanti-qualitativa, ressalta que a avaliação positiva dos usuários da relação profissional de saúde-usuário confirmam a importância do PSF no estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população assistida, já que o programa preconiza uma

abordagem qualitativa do acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais freqüentes.

De acordo com Hoga (2004), o conhecimento abrangente e profundo dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população atendida pela instituição, como sua condição socioeconômica, necessidades e carências, crenças e valores culturais, entre outros aspectos, contribui para que os profissionais se tornem mais comprometidos com a clientela atendida e com a busca de resultados concretos e coerentes com a realidade de vida das pessoas sob seus cuidados. Estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo profissional/cliente, um aspecto essencial da assistência humanizada.

O Programa de Saúde da Família condiz com a proposta de humanização do setor saúde, por propor mudanças no modelo assistencial tradicional a partir de ações voltadas para a atenção primária centrada na família, através de equipe multiprofissional que deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias, suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; prestar assistência integral e desenvolver processos educativos, ampliando o vínculo da população com os profissionais, aumentando a qualidade e abrangência do trabalho realizado, além de buscar a satisfação do usuário (COTTA *et al.*, 2005).

Sendo assim, a percepção dos usuários sobre a prática do PSF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde.

De acordo com Oliveira, Collet e Vieira (2006), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência. É claro que a não adesão envolve, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade, sexo, estado civil, etnia, contexto familiar, escolaridade, auto-estima, crenças, hábitos de vida), às doenças (cronicidade, ausência de sintomas), aos tratamentos (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos), à

instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento).

Corroborando com os autores acima, nosso estudo mostrou que mesmo as mães que se diziam satisfeitas tinham queixas quanto à infra-estrutura das unidades, desorganização do serviço, demora no atendimento. A satisfação das mesmas, muitas vezes era fruto da relação estabelecida com o profissional de saúde.

Para Puccini e Cecílio (2004), a humanização se traduz em diferentes proposições nos serviços de saúde, tais como: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto - o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso - programa da mãe-canguru; amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar a "mercantilização" da medicina; criticar a "instituição total" e tantas outras proposições.

Serapioni (1999) relata que, resultados de pesquisas realizadas nos últimos dez anos sobre a satisfação dos usuários mostram que quem utiliza os serviços de saúde valoriza muito a comunicação, as informações recebidas, a qualidade da relação médico-paciente, a maneira de ser do médico e do enfermeiro, a capacidade resolutiva do serviço, a continuidade do tratamento e o ambiente físico das estruturas sanitárias. Para o autor, embora determinante, a satisfação dos usuários é insuficiente para a avaliação da qualidade dos serviços, por diferentes razões: a relação ímpar entre pacientes e profissionais, a desigualdade de informação entre eles e a constante presença de estereótipos e preconceitos.

O que nos leva a crer que sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

Em relação às salas de espera das unidades de saúde, verificou-se que 50,9% das mães informaram haver algum tipo de entretenimento para as crianças entre eles: televisões, brinquedos e cantinho para leitura. As crianças, pela sua própria fase de curiosidade, necessitam de momentos de descontração e ambiente físico com brinquedos, para evitar inquietações, choros freqüentes e tensão, enquanto aguardam a consulta. Apesar de ser uma política assumida pela Prefeitura de Fortaleza para oferecer um ambiente mais acolhedor nas unidades de saúde, verifica-se que muitas ainda não possuem locais com brinquedos para as crianças, conforme resultados obtidos nesse estudo.

A sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. Através da sala de espera os profissionais tem a oportunidade de desenvolver atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; garantindo maior acolhimento aos usuários; melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, conseqüentemente, proporcionando uma melhora na qualidade do atendimento. Além de constituir-se em uma forma de humanizar muitas vezes os burocratizados serviços prestados (RODRIGO *et al.*, 2009).

Podemos dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angustia, revolta, tensão, e comentários negativos em torno do atendimento dos serviços públicos de saúde. Daí a necessidade de uma ambiência mais saudável e prazerosa nos serviços de saúde.

A ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, considera as situações que são construídas. O conceito de ambiência segue três eixos: o espaço que visa à confortoabilidade foca a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando o ambiente (cor, cheiro, som, iluminação, dentre outros), e garantindo

conforto aos usuários e trabalhadores; o espaço que possibilita a subjetividade; o espaço favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado e acolhedor (BRASIL, 2006b).

Concordamos com a formulação feita por Bosi e Uchimura (2006) quando afirmam que a humanização implica em acolhimento, como também, enfatizam significativamente a empatia e o diálogo. Portanto, referem ao espaço dialógico àquele que possibilita uma abertura para com o outro, identificando nossa interconexão humana (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Camargo Jr. *et al.* (2008, p.S59) discorrem que o “acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde”. E ainda que o acolhimento deve ser pensado em três dimensões, sejam elas: postura, técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Dessa forma, tal assertiva nos infere a destacar o acolhimento como uma atividade positiva que contribui para a organização dos serviços e planejamento em saúde, uma vez que os usuários podem ser ouvidos e ter, em certa medida, suas necessidades alcançadas.

Para um bom acolhimento é necessário que a recepção do usuário ocorra desde sua chegada à unidade, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. E embora exista no município de Fortaleza uma política de humanização do atendimento, com implantação do acolhimento nas unidades de saúde, evidenciou-se durante o estudo que o mesmo não vem ocorrendo a contento.

O estudo mostrou que a maioria das mães (62,3%) esta satisfeita com o atendimento recebido por seus filhos nos serviços de saúde em Fortaleza. No bojo

dessa satisfação, os profissionais mais destacados foram os médicos (atenciosos e tratam bem as crianças). Os ACS que deveriam desempenhar o papel de mediador entre comunidade e serviço de saúde/ profissionais são pouco mencionados. Por outro lado, a demora no atendimento, seguido da desorganização do serviço constituem os principais motivos de queixa.

Essa satisfação vai ao encontro de estudos como o de Jorge *et al.* (2007) nos quais se constata que os motivos pelos quais os usuários estão satisfeitos com os serviços ofertados na rede pública de saúde, especificamente no Programa Saúde da Família (PSF) se vincula ao bom atendimento, à qualidade técnica, à atenção recebida, resolução de problemas, dentre outros. Salientamos que o estudo citado não se restringiu ao município de Fortaleza, englobando os municípios cearenses de Cascavel, Canindé, Aracati e Quixadá. Tal evidência também aparece nos estudos de Ronzani e Silva (2008) quando os usuários destacam que a forma cordial como são tratados pelos membros das equipes é questão central para a qualidade do PSF.

Os achados da investigação de Junqueira e Auge (1996) acerca da satisfação com o atendimento prestado não somente nas Unidades Básicas de Saúde, bem como em outros serviços municipais de saúde em Guarulhos/SP, assinalam que o bom atendimento foi motivo para satisfação dos usuários dos serviços prestados pela Secretaria Municipal da Saúde do referido município.

Vaitsman e Andrade (2005) analisam o conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian, em que o autor aponta quatro componentes que influenciam na qualidade (acesso, continuidade, coordenação e a satisfação do cliente). Acerca da importância da satisfação do cliente Donabedian (1980) diz:

[...] a satisfação do usuário é de fundamental importância como uma medida de qualidade da atenção, porque proporciona informações sobre a capacidade do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente, que são assuntos sobre os quais eles são as autoridades. A medição da satisfação é um instrumento valioso para a investigação, administração e planejamento.

Trad *et al.* (2002), em uma avaliação qualitativa de satisfação de usuários em cinco municípios na Bahia, constatou um elevado grau de satisfação dos usuários,

relacionado ao maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação em saúde e a existência da visita domiciliar. Dentre os aspectos negativos, destacaram-se a persistência das filas e a fragilidade no encaminhamento para os níveis secundário terciário da atenção.

Para esse estudo buscamos realizar medidas de correlação entre algumas variáveis socioeconômicas e demográficas, tendo como desfecho o nível de satisfação das mães. No entanto, os resultados não apontaram significância estatística nessa medida de associação. Independente da escolaridade, renda e/ ou condições de habitação o grau de exigência ou satisfação era semelhante, o que pode ser entendido partindo-se do princípio de que as pessoas indiferenciadamente percebem e criticam esse prestador de serviço público.

Diferentemente, do estudo de Lopez (1994) e Rodrigues (2002) que observou associação entre o grau de escolaridade e a satisfação com os serviços oferecidos, isto é, um menor grau de escolaridade tende a emitir menos juízos de valor e ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhe são prestados (COTTA *et al.*, 2005).

Geralmente o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial (para o atendimento médico e busca de medicamentos e vacinas). Estes usuários interessam-se mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade dos serviços.

Ao correlacionarmos algumas variáveis de assistência a saúde ao nível de satisfação pelo atendimento recebido, pudemos perceber claramente que as relações de comunicação entre os profissionais e as mães, apresentaram significância estatística. Dentre estas variáveis podemos apresentar: saber o nome do profissional ( $p < 0.03$ ); profissional tratou mãe/criança pelo nome ( $p = 0.00$ ), profissional examinou a criança e deu informações ( $p = 0.00$ ), mãe compreendeu todas as informações recebidas ( $p = 0.00$ ). Esse fato reforça a necessidade de uma adequação das consultas para todos os profissionais que atendem nas unidades de saúde da família de Fortaleza.

O resgate de alguns valores na relação com o paciente, perdidos ao longo do tempo, tais como a cordialidade, o respeito, o ouvir atento, a habilidade e a paciência para entender o que dizem as mães, são elementos fundamentais ao trabalho dos profissionais do Programa Saúde da Família. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço.

Segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja formação de vínculo, possibilitando maior conhecimento da comunidade a quem prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população. Além de ampliar a eficácia das ações de saúde, o vínculo favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Deslandes (2004) diz que, a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para: (1) a democratização das relações que envolvem o atendimento, (2) o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, (3) o reconhecimento dos direitos do paciente de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. A autora identifica vários eixos discursivos em seu artigo, dentre estes: vincula a humanização à capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento; opõe a humanização à “violência”, em particular à violência simbólica do “não reconhecimento” das necessidades emocionais e culturais dos usuários (e da imposição de certos valores morais e comportamentos).

Ao relacionarmos o nível de satisfação e a acessibilidade ao serviço, constatou-se que as variáveis que apresentaram significância estatística foram: satisfação por ter conseguido atendimento no dia que precisaram ( $p < 0.05$ ), tempo de espera para realização da consulta ( $p = 0.00$ ), e por terem sido encaminhadas ao PSF

pelo ACS ( $p < 0.04$ ). Verificou-se ainda que, as salas de espera com entretenimento para a criança influenciam diretamente na satisfação das mães ( $p = 0.00$ ).

O acesso é um atributo dos serviços de saúde bastante valorizado pelos usuários. Ao sentirem-se acolhidas, as mães procuram além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos (MONTEIRO, 2007).

De acordo com Rodrigo *et al.* (2009), é necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de co-responsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer alguns elementos importantes que estão intrinsecamente relacionados à satisfação e/ou à insatisfação do usuário frente à assistência prestada a criança menor de 5 anos no âmbito da Atenção Básica. O mesmo mostrou-se relevante, na medida em que ampliou o olhar sobre Fortaleza, permitindo evidenciar o avanço do Programa Saúde da Família com ênfase na expansão da cobertura, e melhoria da qualidade dos serviços.

Vale ressaltar, que no percurso do trabalho de campo realizado nas seis secretarias regionais de saúde, compreendeu-se melhor a complexidade do processo de implementação de um serviço de qualidade, dado os problemas estruturais e de organização que o sistema ainda possui. Bem como o processo de avaliação de uma grande área de abrangência. Por constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da população.

Por ter sido realizada apenas com mães de crianças menores de cinco anos, podemos apontar algumas dificuldades na realização do trabalho de campo. Em alguns casos, precisamos voltar à mesma casa três vezes para conseguir realizar a entrevista. Em áreas de maior poder aquisitivo, as pessoas se negavam a responder o inquérito. Verificamos ainda, a existência de bairros com maior número de casais idosos ou sem filhos, especialmente nos bairros com maior concentração de novas construções.

As desigualdades entre as seis regionais de saúde se refletem na distribuição da rede de serviços, no perfil da demanda e em dificuldades diferenciais de acesso. Apesar das melhorias socioeconômicas verificadas no estudo, observamos que, a maioria das famílias ainda possui renda menor que um salário mínimo, sendo elevado o número daquelas onde a mulher assume sozinha a responsabilidade pelo sustento e educação dos filhos.

Vale ressaltar que o estudo possui limitações, dentre estas não poder caracterizar o nível de satisfação como um todo da população, mas de um grupo delimitado, que tem suas particularidades. Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. Diante do desejo materno de resolver os problemas apresentados pelo filho, o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação.

Os resultados mostram que há uma possibilidade de acesso ao serviço de saúde em todas as regionais. Mesmo assim, para a grande maioria das crianças a ida ao serviço de saúde se deu em caso de doença ou mal estar, e que as mães procuram os serviços de atenção básica (postos e centros de saúde) quando os filhos estão doentes.

Sugerimos para uma maior otimização do acesso das mães e das crianças a unidade de saúde, o agendamento da imunização e puericultura para o mesmo dia de atendimento.

Na percepção das mães houve mudanças positivas na atenção aos seus filhos. A maioria delas soube identificar o profissional pelo nome, compreendeu as orientações recebidas por ocasião da consulta, valoriza a escuta atenciosa, o exame detalhado e não direcionado apenas à queixa principal, e principalmente, a forma como foram recebidas. Esse fato sugere uma vinculação positiva dos usuários com os profissionais que lhes atenderam.

Como pudemos observar inúmeros foram os avanços ocorridos na humanização dos serviços de saúde de Fortaleza, porém, ainda existem vários desafios importantes a serem superados. Dentre eles, tornar a ambiência das salas de espera das unidades de saúde mais saudável e prazerosa às crianças, implementar o acolhimento, nem sempre adequado, de forma a valorizar o vínculo entre profissionais e usuários.

No planejamento das ações de atenção a saúde da criança, existe alguns fatores possíveis de melhoria. A demora no atendimento, a falta de prioridade para as

crianças, o número restrito de equipes de PSF e ACS, foram mencionados pelas mães como deficiências que deveriam ser superadas.

Diante dos dados apresentados, espera-se que o estudo tenha se tornado ferramenta fundamental para a política de saúde da criança, por fornecer subsídios a gestão municipal de saúde e profissionais, elementos que possam melhorar a qualidade da oferta e atuar de forma reflexiva, a partir das sugestões apontadas pelos usuários para a construção de um modelo mais compatível com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Salientamos a importância das pesquisas de satisfação serem realizadas tanto com os usuários quanto com os profissionais de saúde. Visto que os mesmos são importantes sujeitos de avaliação dos serviços. E apontamos à necessidade da realização de estudos de segmento da Política de Assistência a Saúde da Criança em Fortaleza. Ampliando a metodologia dessa pesquisa com a realização de estudos qualitativos buscando compreender a totalidade e subjetividade das mães para aprofundamento do fenômeno do cuidado as crianças.

Por fim, ressaltamos que a mera adesão ao PSF não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede como um todo. É preciso levar em conta as expectativas assistenciais e características médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com as unidades de saúde e seus padrões prévios de acesso e consumo de serviços.

---

## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

ACCURCIO, F. A.; CHERCHILIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 50-53, 1991.

APOSTÓLICO, M. R.; CUBAS, M. R.; ALTINO, D. M.; PEREIRA, K. C. M.; EGRY, E. Y. Contribuição da CIPESEC na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 453-462, jul./set. 2007.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2001.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2007.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, maio 2008. supl.1.

BERQUÓ, E. Perfil demográfico das chefias femininas no Brasil. In: SEMINÁRIO "ESTUDOS DE GÊNERO FACE AOS DILEMAS DA SOCIEDADE BRASILEIRA", 13 a 16 mar. 2001, Itu. **Trabalho apresentado...** III Programa Relações de Gênero na Sociedade Brasileira da Fundação Carlos Chagas. Itu: FCC, 2001.

BEZERRA FILHO, J. G.; KERR, L. R. F. S.; MINÁ, D. L.; BARRET, M. L. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5): 1173-1185, maio 2007.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 401-402, 2002.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA; K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em: 02 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família** – uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil** – linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Brasília, 2000b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000c. (Caderno 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS)**. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF, 2002. Brasília, 2002a. 100 p. (Caderno de Atenção Básica, nº 11).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, May/Aug. 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relatório final: avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica** – diretrizes e orientações. Brasília, 2004b. (versão preliminar).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>. Acesso em: 28 jun. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica – psf – saúde da família – atenção primária**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 dez. 2007.

CAETANO, R.; DAIN, S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 11-21. 2002.

CALSING, E. **Diretrizes para uma sistemática de avaliação**. Elementos para uma discussão. Brasília, 1982. (mimeo). (III Curso de Política e Planejamento Local).

CAMARGO Jr., K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Sup 1, p. S58-S68, 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARDOSO, C. L. Inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 2-9, 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Saúde da família: um novo modelo de atenção**. Fortaleza, 1995.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado. **Relatório de gestão 2003-2006**. Fortaleza, 2006.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 59-70, 1996. Suppl. 2.

CÉSAR, J. A.; CAVALETI, M. A.; HOLTHAUSEN, R. S.; LIMA L. G. S. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1647-1654, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS J. L., PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. de M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C de S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método, (Criança, Mulher, Saúde)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-219.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB Qual. Rev. Bull.**, v.12, n.3, p. 99-108, 1986.

DONABEDIAN, A. **Exploration in quality assessment and monitoring**. Michigan: Ann Arbor, University of Michigan, 1980. v. 1 – The definition of quality and approaches to its assessment.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

\_\_\_\_\_. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B.; Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, set./dez. 2005. Supl. 0.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação – à procura da satisfação do usuário. **Revista do IMIP**, v. 13, n. 02, p. 128-37, 1999.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FORTALEZA, Secretaria de Saúde do Município. **Relatório de Gestão, 2006**. Fortaleza, 2007.

FRANKLIN A. Iguatu: água grande, muita água, água boa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. esp., p.22-29, 1999.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil>>. Acesso em: 02 out. 2006.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GOULART, B. N. G. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza: [s.n.], 1996.170 p.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde** – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **Acesso a transferências de renda de programas sociais** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2006. Rio de Janeiro, 2008.

JARDIM, T. de A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009.

JORGE, M. S. B.; ALBUQUERQUE, K. M.; PEQUENO, L. L.; ASSIS, M. M. A.; GUIMARÃES, J. M. X. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. **Revista APS**, v. 10, n. 2, 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, nº 19, p 55-83, jan./abr., 1996.

KAC, G.; SILVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO, D. M. R.; SOUSA, E. B. Fatores associados a ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Brás. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 271-280, jul./set. 2007.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **RER**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, jan./mar. 2005.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 3, 2005.

LEITE, A. J. M., SÁ, H. L. do C., BESSA, O. A. C. Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In: LEITE, A. J. M., CAPRARA, A., FILHO, J. M. C. (org.). **Habilidades de comunicação com paciente e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 197-203, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. L. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 247-257, out./dez. 2008.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004.

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da Família, na atenção à saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará**. 2005. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MALIK, A. M.; SCHIESART, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços de saúde e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 3. (Série Saúde & Cidadania).

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família – perfil das equipes. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 2, p. 124-133, 2003.

MONTALI, L. **Regiões metropolitanas**: mudanças na família e na relação família-trabalho, as condições sociais e as políticas de transferência de renda. Campinas: Nepp/Unicamp, abril 2008. (Relatório de Pesquisa CNPq).

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formulação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa unidade básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 2, p. 358-364, 2009.

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.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

PABON, H. **Evaluación de servicios de salud**. 2. ed. Cali: XYZ, 1985.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Eval Program Plann**, v. 6, p. 185-210, 1983.

PEQUENO, R. S. A. **O Programa Bolsa-Família**: seus efeitos econômicos e sociais na região Nordeste do Brasil. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/biblioteca-virtual-bolsa-familia-1>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

PRADO, S. R. L. de A.; FUJIMON, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007.

PRÉVOST, A.; FAFARD, A.; NADEAU, M. A. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'expérience de la Régie Régionale Chadière-Appalaches. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 13, n. 1, p. 1-23, 1998.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Sept./Oct. 2004.

PUCCINI, R. F.; SILVA, N. N. da; ARAÚJO, N. S. de; PEDROSO, G. C.; SILVA, E. M. K. da. Saúde infantil: condições de vida e utilização de serviços de saúde em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 143-155, maio/ago. 2002.

REIS, E. J. F. B. dos; SANTOS, F. P. dos; CAMPOS, F. E. de; ACÚRCIO, F. de A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L. S.; MAX, A. dos. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, S. A. V.; PINTO, L. F. da S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008.

RODRIGUES, A. D.; DALLANORA, C. R.; ROSA, J.; GERMANI, A. R. M. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**, v. 5, n. 7, p. 101-106, maio 2009.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 23-34, 2008.

SAMICO, I.; HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista de Saúde Materno Infantil**, 2005.

SANTOS, I. S. dos; VICTORIA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, 2004.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1894, 2004.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SILVA, A. A. M.; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R.; SILVA, R. A. Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de 5 anos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 2, n. 1/2, p. 60-72, 1999.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará**: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. 2003. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 80-91, 1994.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E. (Org.). **Planejamento criativo**: novos desafios em políticas de saúde Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 195-209.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

SOUSA, M. F. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Desenhos relevantes de pesquisa quantitativa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, Jun. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

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

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

WARE, J. E.; SNYDER, M. K. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. **Med Care**, v. 13, p. 669, 1975.

WARE, J. E.; SNYDER, M. K.; WRIGHT, W. R.; DAVIES, A. R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Eval Program Plann**, v. 6, p. 247-263, 1983.

WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. **Journal of Family Practice**, v. 8, p. 237-242, 1991.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas, concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

YÉPEZ, M. T.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./feb. 2004.

---

## **APÊNDICES**

**Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fortaleza, \_\_\_\_ dezembro de 2007.

Eu \_\_\_\_\_ tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo no estudo: **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM FORTALEZA-CE, SOB A ÓTICA DAS MÃES DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS**, recebi do(a) Sr(a) \_\_\_\_\_ pesquisador(a) de campo as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades ou dúvidas os seguintes aspectos: o estudo tem por finalidade avaliar o processo de atendimento as crianças menores de 5 anos, que vem sendo desenvolvido na atenção básica de Fortaleza sob a ótica das mães. Começará em dezembro de 2007 e terminará em março de 2008; e será realizado em duas etapas: coleta de dados através de um formulário semi-estruturado, e entrevista individual. A senhora participará da primeira etapa, podendo conforme a análise dos dados ser sorteada para participar da segunda etapa. Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre as etapas do estudo.

Os resultados que se deseja alcançar ao final do estudo são os seguintes: descrever o perfil socioeconômico e demográfico das famílias com crianças menores de 5 anos; identificar as dificuldades e facilidades enfrentadas pelas mães para obter atendimento para seus filhos (acesso, acolhimento, tempo de marcação da consulta etc.). O estudo será importante, pois subsidiará o sistema de saúde municipal com dados que promoveram reflexões, contribuindo para a melhoria das condições de vida das crianças nesta faixa etária.

As informações obtidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. A

qualquer momento a senhora poderá retirar seu consentimento, sem ter qualquer prejuízo no atendimento recebido.

Se a senhora tiver qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa, ou precisar informar ocorrências irregulares ou danosas a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366.8338 / (85) 9996.3236.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da Participante-voluntária

Rua/bairro/nº/

Cep/Cidade/

Telefone para contato

Pesquisadora responsável: Ângela Silvia Sales Lima

Endereço: Rua Coronel Sales nº 80 Acaraú/ Ceará, CEP:62.580.000

telefone para contato (88) 3661.1579, (85) 9996.3236

<hr/> <p>Assinatura da Voluntária</p>	<hr/> <p>Responsável pelo estudo</p> <hr/> <p>Pesquisador de campo</p>
---------------------------------------	--



<b>9. A senhora estudou até que ano (série) ?</b>		Escolar_____
(1). analfabeta	(5) 11 a 14 anos	
(2.) 1 a 3 anos	(6) 15 +	
(3). 4 a 7 anos	(99) não respondeu	
(4) 8 a 10 anos		
<b>10. Qual sua ocupação?</b>		Ocupaç_____
<b>11. Renda familiar em reais</b>		Renda_____
R\$ _____		
<b>12. Participa de algum programa do governo federal ou recebe algum benefício social?</b>		ProgGov_____
(1) sim	(2) não	
(99) não respondeu		
Qual ?		
<b>Condições de habitação</b>		
<b>13. Tipo</b>		Tipo_____
(1) casa própria	(3) outro	
(2) alugada	(99) não respondeu	
<b>14. Nº de cômodos? _____</b>		Nºcom_____
<b>15. Tipo de construção</b>		Tconst_____
(1) tijolo/ alvenaria	(4) taipa não revestida	
(2) adobe	(5) madeira	
(3) taipa revestida	(6) outro	
(99) não respondeu		
<b>16. Possui energia elétrica?</b>		Eeletrica_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>17. Tipo de abastecimento de água</b>		Água_____
(1) rede pública	(4) outro	
(2) poço/ nascente	(99) não respondeu	
(3) chafariz		
<b>18. Tratamento de água</b>		Ttágua_____
(1) filtração	(4) sem tratamento	
(2) fervura	(5) outro	
(3) cloração	(99) não respondeu	
<b>19. Destino das fezes / Escoamento sanitário</b>		Destdejeta_____
(1) rede pública	(4) vala	
(2) fossa rudimentar	(5) céu aberto	
(3) fossa séptica	(6) outro	
(99) não respondeu		

<b>20. O banheiro é dentro ou fora de casa ?</b>		Banheiro_____
<b>21. Destino do lixo</b>		Destlixo_____
(1) coletado	(4) céu aberto	
(2) queimado	(5) outro	
(3) enterrado	(99) não respondeu	
<b>22. Quantas pessoas moram na casa?</b>		Npessoas_____
Crianças até 10 anos _____	Adultos(20 a 59 anos)_____	
Adolescentes (11 a 19 anos) _____	Idosos ( 60 o+) _____	
	(99) não respondeu	
<b>23. Possui televisão em cores? (1) sim (2) não</b>		
<b>24. Geladeira? (1) sim (2) não</b>		
<b>25. Rádio? (1) sim (2) não</b>		
<b>26. Vídeo cassete ou DVD? (1) sim (2) não</b>		
<b>27. Automóvel? (1) sim (2) não</b>		
<b>ASSISTÊNCIA A SAÚDE</b>		
<b>28. Quando seus filhos adoecem, qual serviço de saúde costuma procurar?</b>		ServProc_____
(1) UBASF	(4) hospital particular	
(2) centro de saúde	(5) outros:_____	
(3) hospital público	(99) não respondeu	
<b>29. Existe alguma unidade de saúde da família próxima a sua casa?</b>		UbasfP_____
(1) sim	(99)não respondeu	
(2) não		
<b>30. A senhora saberia me informar a distância da sua casa até o serviço de saúde mais próximo?</b>		Distan_____
(1) 1 quarteirão	(3) mais de 3 quarteirões	
(2) quarteirões	(99) não respondeu	
<b>31. Quando seus filhos adoecem, a senhora costuma procurar o ACS?</b>		ProcACS_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>32. Qual o motivo da última consulta? ( pode ser mais de um)</b>		Motcons_____
(1) Diarréia	(4) Controle de crescimento	
(2) Infecção respiratória	(5) Outro:_____	
(3) Problemas de pele	(99)não respondeu	

<b>33. A senhora sabe o nome do profissional que atendeu seu Filho(a) da última vez?</b>		NomProf
(1) sim	(2) não	
	(99) não respondeu	
Se sim, qual o nome ?		
<b>34. O profissional de saúde tratou a senhora e seu filho pelo nome durante o atendimento?</b>		TratNome_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>35. O profissional que atendeu seu filho perguntou o motivo pelo qual a senhora levou a criança para consulta ?</b>		MotCons_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>36. O profissional examinou seu filho e explicou o que estava acontecendo com ele (esclareceu sobre o problema) ?</b>		EscProb_____
(1) sim	(3) não	
(2) parcialmente	(99) não respondeu	
<b>37. A senhora compreendeu todas as informações dadas pelo profissional durante a consulta ?</b>		Complnf_____
(1) sim	(3) parcialmente	
(2) não	(99) não respondeu	
<b>38. A senhora conseguiu atendimento para o seu filho no dia em que ele precisou ?</b>		AtendDia_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>39. Se não, quanto tempo a senhora esperou entre a marcação e o dia da consulta do seu filho ?</b>		Tesp_____
(1) imediato	(4) 10 a 30 dias	
(2) 1 a 4 dias	(5) + 30 dias	
(3) 5 a 10 dias	(99) não respondeu	
<b>40. Quando chegou a unidade para a consulta, quanto tempo aguardou para ser atendida pelo profissional de saúde?</b>		TempCons_____
(1) imediato	(4) 1 a 2 horas	
(2) menos de 30 minutos	(5) mais de 2 horas	
(3) de 30 minutos a 1 hora	(99) não respondeu	

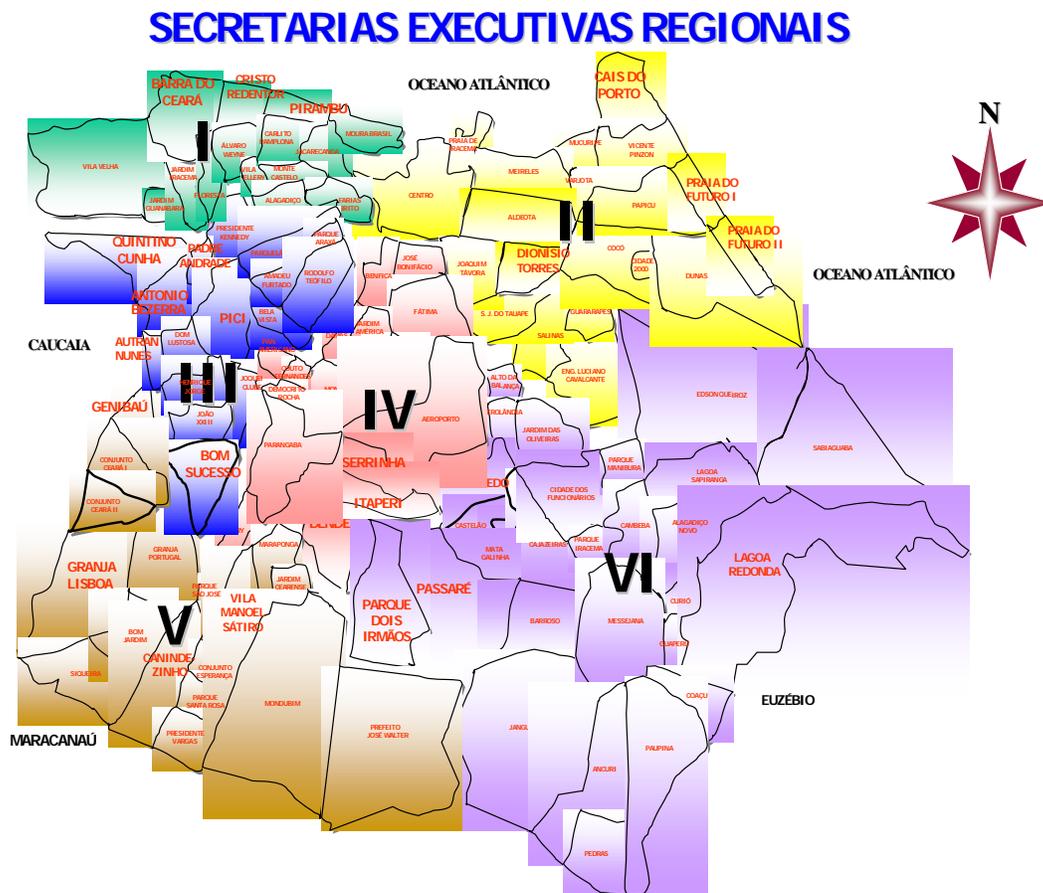
<b>41. Na sala de espera da unidade de saúde possui algum entretenimento para a criança ? (distração, passatempo)</b>		SalaEsp_____
(1) sim	(3) não lembra	
(2) não	(99) não respondeu	
<b>42. Se sim, qual?</b>		TipoDist_____
(1) televisão	(4) palestra ou dinâmica	
(2) brinquedos	(5) Outros _____	
(3) cantinho da leitura	(99) não respondeu	
<b>43. A senhora gostou do atendimento recebido por seu filho na unidade de saúde?</b>		GostAtend_____
(1) sim. Porque?		
(2) Parcialmente		
(3) Não. Porque?		
<b>44. Numa escala de 0 a 10, que nota a senhora atribuiria ao atendimento recebido por seu filho no serviço de saúde?</b>		NotaAtend_____
Nota _____		
<b>45. Alguma vez seu filho/a foi encaminhado/a ao serviço de saúde/equipe PSF pelo agente de saúde?</b>		
(1) sim	(99) não respondeu	Encaminh_____
(2) não		
<b>46. A senhora recebe visita do ACS em sua casa?</b>		VisitAcs_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>47. Se sim. Qual o nome dele?</b>		
<b>48. Seu filho/a foi internado/a nos últimos doze meses?</b>		Hospit_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>49. Se sim, quantas vezes e por qual motivo ela foi internada?</b>		HospDiar_____
(1) diarreia _____vezes	(3) outros _____vezes	hospIRA
(2) IRA_____vezes	(99) não respondeu	HospOut

<b>INFORMAÇÕES DA CRIANÇA &lt; 5 ANOS</b>		
<b>50. Nome</b> _____		
<b>51. Sexo</b>		Sexo_____
(1) masculino	(2) feminino	
<b>52. Data do Nascimento</b> ___/___/___ Idade _____		Idade _____
<b>53. Quem cuida da criança a maior parte do tempo em casa?</b>		QuemCuida____
(1) pai	(4) avó	
(2) mãe	(5) tia	
(3) irmã/irmão mais velho	(6) outro: _____	
<b>54. A mãe fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez desta criança?</b>		PreN_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>55. Se sim, quantas consultas fez?</b>		PNcons_____
(1) até 3 consultas	(3) acima de 7 consultas	
(2) de 4 a 6 consultas	(99) não respondeu	
<b>56. Onde a criança nasceu?</b>		OndeNasc____
(1) Hospital	(3) Casa de parto	Outro_____
(2) Casa	(4) Outro: _____	
	(99) não respondeu	
<b>57. Tipo de parto?</b>		Tparto_____
(1) Normal	(99) não respondeu	
(2) cesariana		
<b>58. Por ocasião do parto o RN recebeu o caderneta da criança?</b>		Cad.C_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>59. Quais as informações registradas na caderneta? (observar a caderneta)</b>		InfReg_____
(1) nome do RN	(4) tipo de parto	
(2) peso	(5) vacinas	
(3) apgar ao nascer	(6) outra: _____	
<b>60. A criança mamou no peito?</b>		AleitMat_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
(3) nunca mamou		

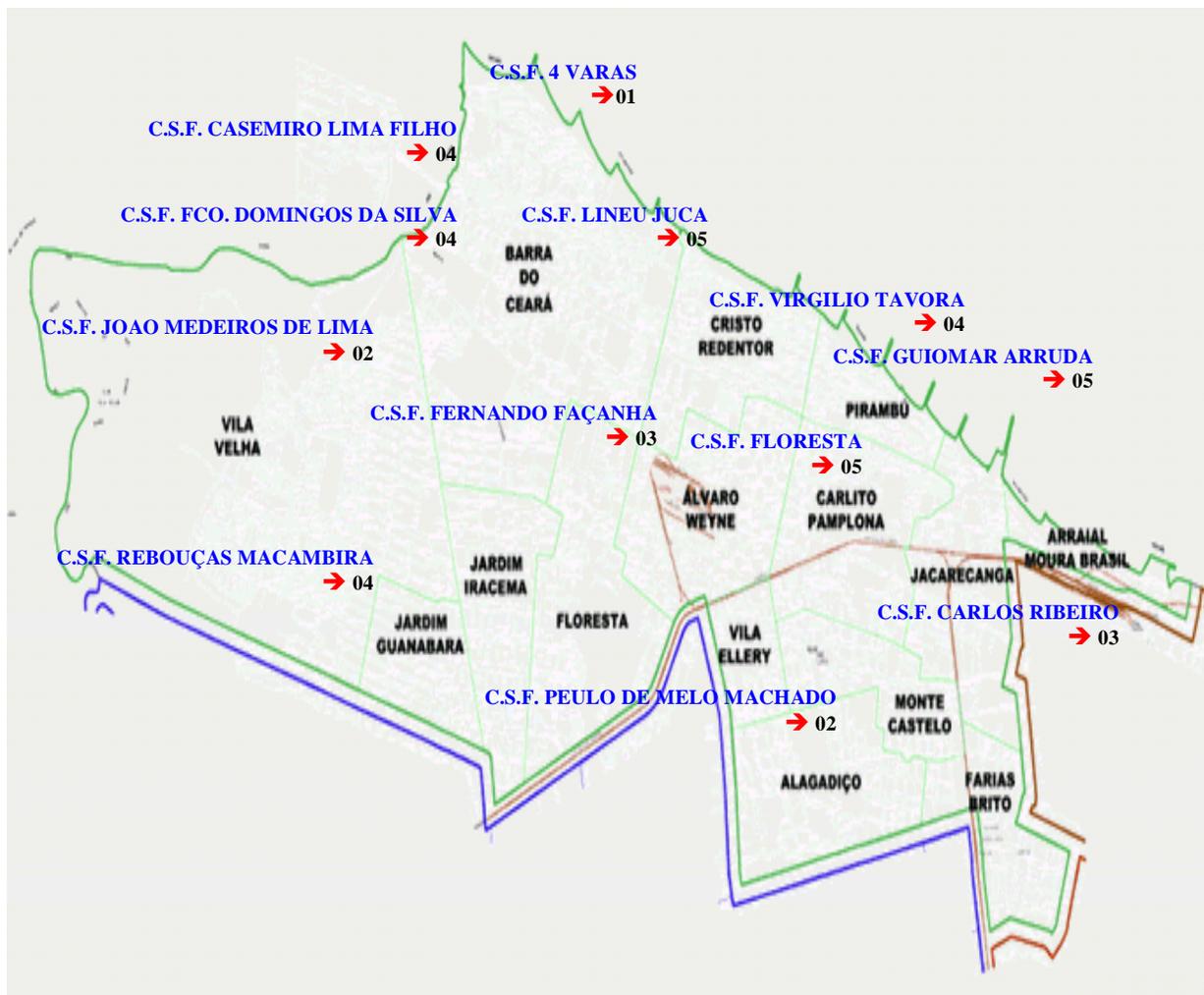
<b>61. Se sim - foi aleitamento exclusivo? (não deu água, chá ou outro leite)</b>		AleitExc_____
(1) sim	(3) não se aplica	
(2) não		
<b>62. Seu filho tem sido vacinado na unidade de saúde próxima a sua casa?</b>		VacUbasf_____
(1) sim	(99) não respondeu	
(2) não		
<b>63. A criança foi pesada nos últimos 3 meses?</b>		Pesotri_____
(1) sim, registrado no cartão	(3) não foi pesada	
(2) sim, não registrada	(99) não respondeu	
<b>64. A criança está com algum problema de saúde hoje?</b>		Doenhoje____
(1) sim	(2) não	
Se sim, Qual? _____		
<b>65. A criança apresenta alguma necessidade especial? (observar e perguntar)</b>		
1. ( ) sim		
2 ( ) não		
Se sim, qual ?		
Data da entrevista: ___/___/___		
Entrevistador: _____		



## Anexo A – Mapa da localização das Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza-CE



## Anexo B – Mapa da Secretaria Executiva Regional I por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, out. 2007.

### Legenda:

Unidades existentes → 12

→ ESF existente – 42

## Anexo C – SER II por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE



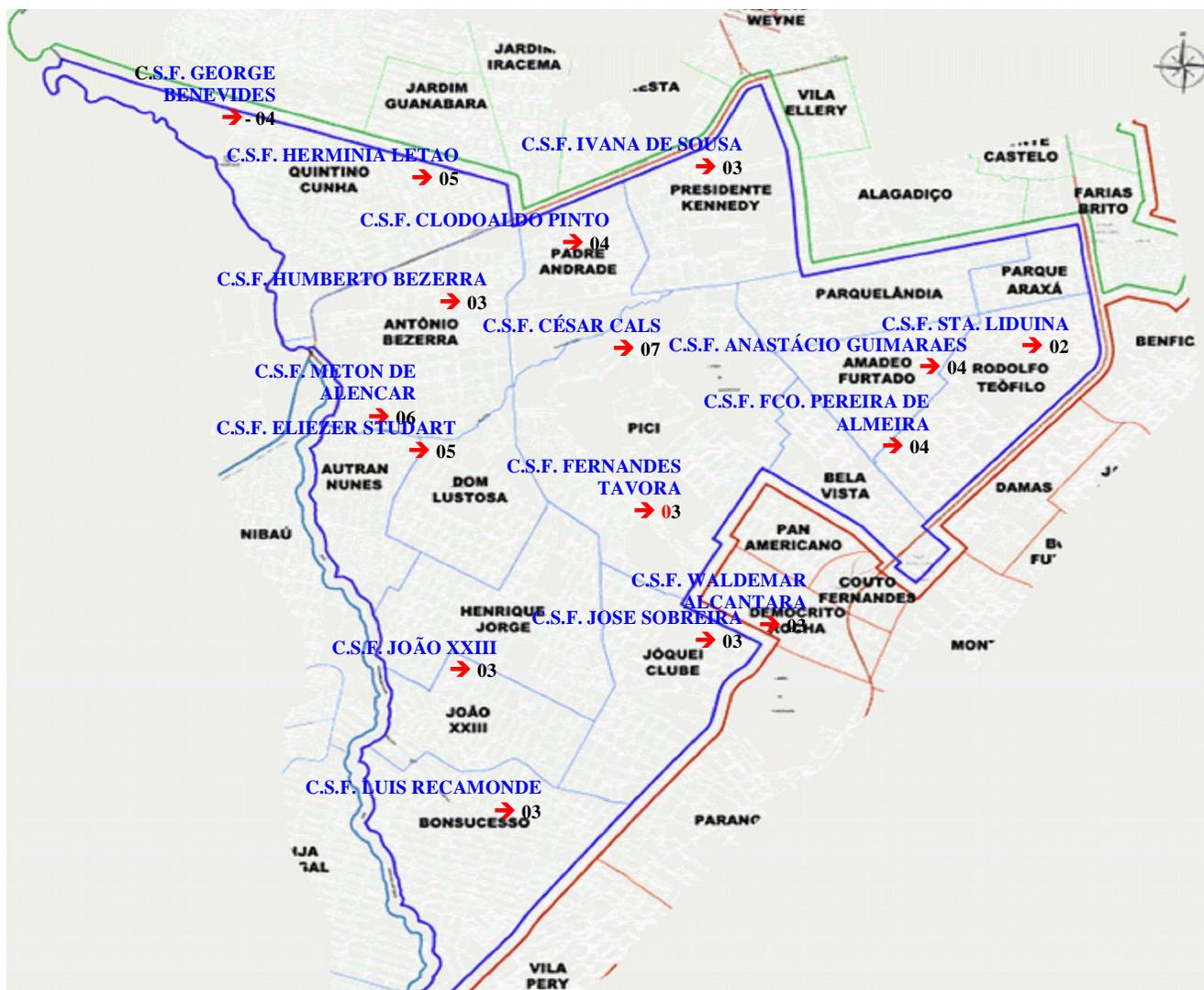
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, out. 2007.

### Legenda:

Unidades existentes → 11

→ ESF existente – 39

## Anexo D – Mapa da SER III por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, out. 2007.

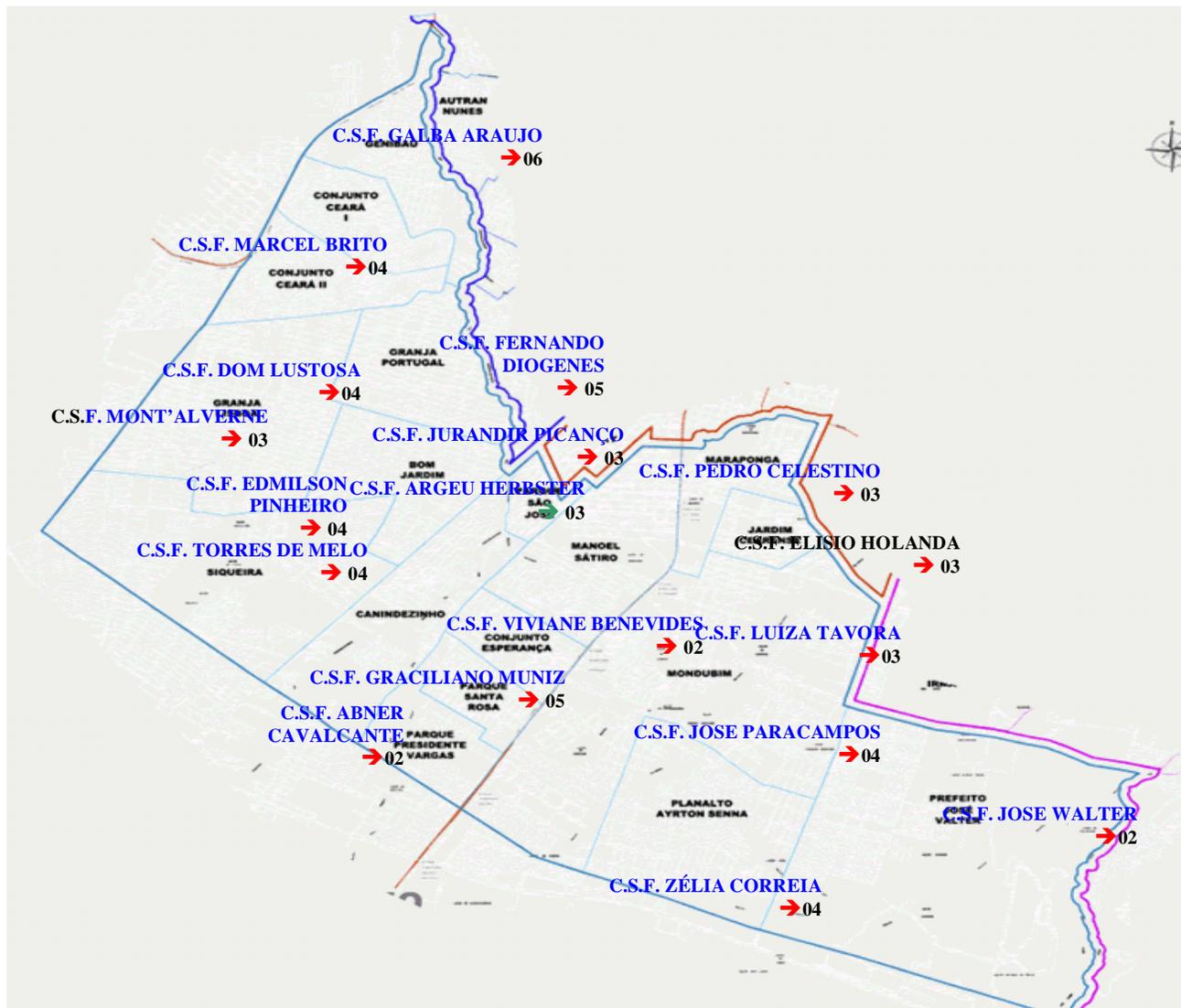
### Legenda:

Unidades existentes → 16

→ ESF existente – 63



## Anexo F – Mapa da SER V por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE



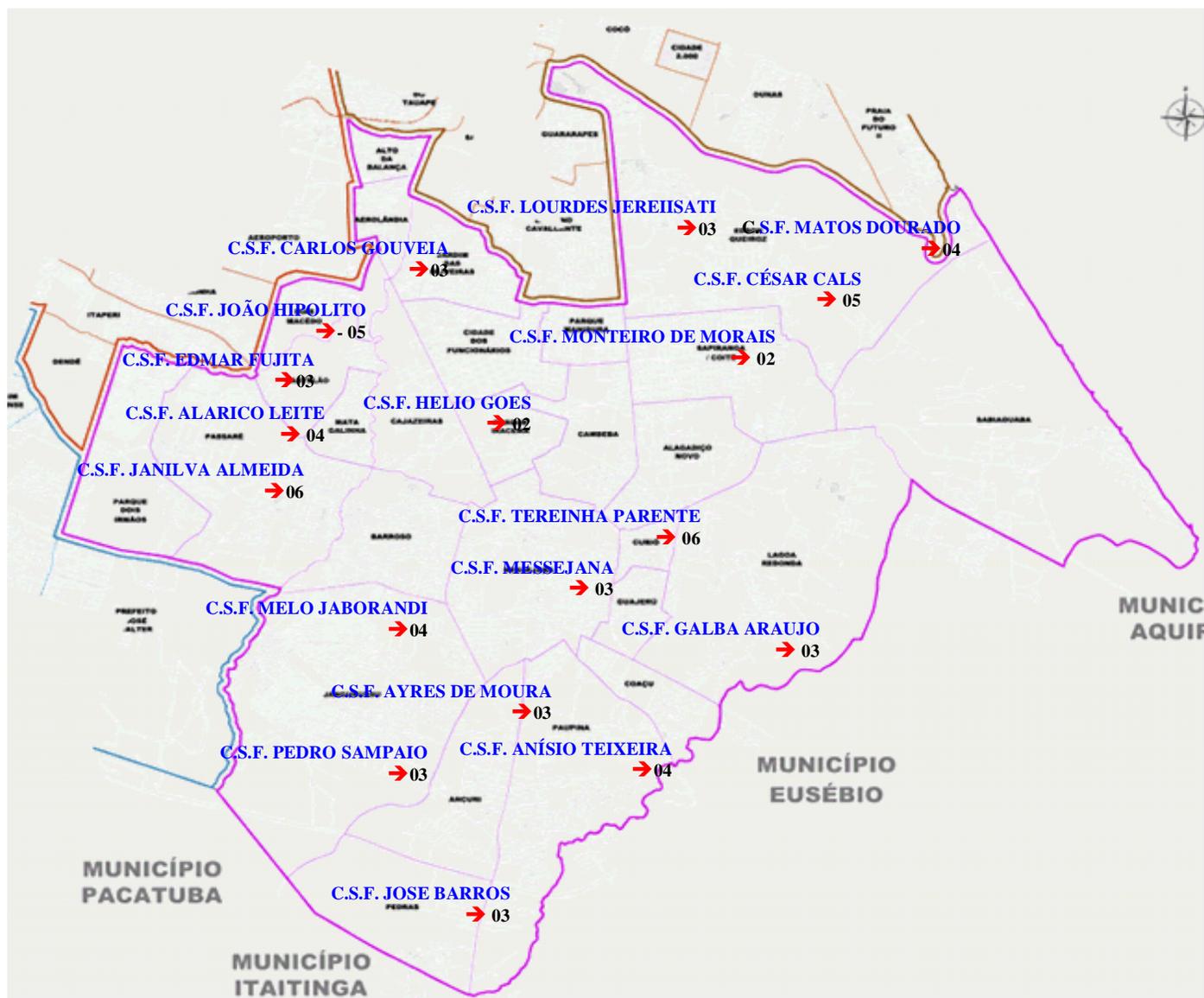
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, out. 2007.

### Legenda:

Unidades existentes → 18

→ ESF existente – 64

## Anexo G – Mapa da SER VI por bairros, unidades de saúde e equipes de PSF de Fortaleza-CE



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, out. 2007.

### Legenda:

Unidades existentes → 19

→ ESF existente – 72