

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

FAMILY HEALTH CARE STRATEGY: ASSISTENCE QUALITY UNDER THE USER'S SATISFACTION PERSPECTIVE

ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Simone Maria Silva Santos¹
Vânia Aparecida da Costa Oliveira²
Raquel Aparecida de Castro Oliveira³
Eliete Albano de Azevedo Guimarães⁴

RESUMO

Com este estudo, teve-se como objetivo analisar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela Estratégia Saúde da Família no município de Santo Antônio do Monte-MG, segundo a perspectiva da satisfação dos usuários. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem quali-quantitativa. A população-alvo foi composta por 188 usuários das seis Unidades Saúde da Família da zona urbana do município. Os dados foram coletados no domicílio do usuário por intermédio de entrevista semiestruturada. Foram utilizadas como dimensões analíticas a infraestrutura, a acessibilidade, a relação equipe-usuário e a resolutividade. Identificou-se elevado grau de satisfação por parte dos usuários em relação à Estratégia Saúde da Família, destacando-se a boa infraestrutura, a agradável aparência das Unidades Saúde da Família e as relações equipe-usuário firmadas no acolhimento. Ao se aprofundar nas narrativas, percebeu-se, contraditoriamente, insatisfação decorrente da ausência do profissional médico em algumas Equipes Saúde da Família, da dificuldade de acesso à consulta especializada e a exames complementares e do horário de funcionamento da Unidade. Acredita-se que as questões levantadas poderão fornecer subsídios para discussões entre profissionais e gestores, propiciando o aprimoramento das ações em saúde e a qualidade do serviço.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Satisfação do Usuário, Assistência em Saúde.

ABSTRACT

This study had as primary objective to analyze the quality of the health assistance offered by the Family Health Care Strategy in the municipality of Santo Antônio do Monte – MG, according to the user's satisfaction perspective. It is an exploratory and descriptive study, with a qualitative and quantitative approach. The target population was composed by 188 users of the six Family Health Care Units in the urban area of the municipality. The data were collected at the users' home through a semi-structured interview. We have used as analytical dimensions the infra-structure, the accessibility, the staff-user relationship and the resolvability. We have identified a high degree of satisfaction among the users with respect to the Family Health Strategy, highlighting the good infrastructure and the pleasing aspect of the Family Health Care Units and the staff-user relationship based on a warm welcoming to people. After closely analyzing the interview results, we detected dissatisfaction regarding the lack of a doctor in some of the Family Health Care staff, as well as the difficult access to a specialist and complementary medical examinations and the units working hours. We believe that the issues raised by the study could provide subsidies to further discussions between professionals and managers, and improve healthcare actions as well as the quality of its service.

Key words: Family Health Care Strategy; User's Satisfaction; Health Care Assistance.

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objeto analizar la calidad de la atención a la salud ofrecida por la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Santo Antônio do Monte-MG, desde la perspectiva de la satisfacción de los usuarios. Se trata de un estudio de carácter exploratorio descriptivo, con meta cualitativa y cuantitativa. La población objeto consistió en 188 usuarios de las seis Unidades de Salud de la Familia de la zona urbana del municipio. Los datos fueron recogidos en el hogar del usuario a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizaron como dimensiones analíticas la infraestructura, accesibilidad, relación equipo-usuario y determinación. El nivel de satisfacción de los usuarios en cuanto a la Salud de la Familia es alto, realizándose la buena infraestructura, el agradable aspecto de las construcciones y las

¹ Enfermeira. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais (FUNEDI/UEMG). Docente da Universidade Presidente Antônio Carlos – *Campus Bom Despacho*.

² Enfermeira. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais (FUNEDI/UEMG). Docente da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI).

³ Enfermeira.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFMG). Doutoranda em Ciências da Saúde pela CPQRR/FIOCRUZ. Docente da Universidade Federal de São João del Rei – *Campus Centro Oeste Dona Lindu*.

Endereço para correspondência – Av. Cel. Amâncio Bernardes, 78/Aptº 401, Centro, Santo Antônio do Monte-MG, CEP: 35560-000.

E-mail: simonesantos@unipacbombomdespacho.com.br.

relaciones equipo-usuario basadas en la amabilidad de la acogida. Al ahondar en los testimonio se observa una cierta insatisfacción debido a la falta de médicos en algunos equipos, la dificultad de acceder a las consultas de especialistas y a los exámenes complementarios y el horario de funcionamiento de la unidad. Pensamos que las cuestiones planteadas pueden servir para los debates entre profesionales y gestores con miras a mejorar las acciones en salud y la calidad de los servicios.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia; Satisfacción de los Usuarios; Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, em cenário mundial, configurou-se grande instabilidade social, política e econômica, resultando, dentre outros fatores, em uma grave crise do setor saúde, que se justificou pelo elevado custo dos serviços médicos, pelo baixo impacto da assistência na qualidade de vida da população e pela insatisfação da opinião pública.¹

O reconhecimento do colapso do modelo assistencial vigente suscitou a emergência de uma proposta que transformasse a atenção à saúde. Diante de tal realidade, o Ministério da Saúde (MS) apresentou como alternativa viável a reestruturação da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF, como elemento estruturante da APS, visa superar os importantes desafios referentes ao conteúdo das políticas públicas, mediante a garantia do acesso universal, igualitário, integral e equitativo, por meio de ações conjugadas, em sintonia com os princípios da descentralização, territorialização, intersetorialidade e corresponsabilização, englobando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.²

Diante das transformações ocorridas, emerge o conceito de qualidade dos serviços de saúde como tema central das políticas públicas, sendo a avaliação da qualidade um atributo indispensável quando se almeja a excelência do serviço.

A avaliação de qualidade permeia elementos estruturais e organizacionais do serviço, assim como a competência técnica daqueles que desempenham as ações assistenciais, tornando-se elemento significativo para a adequação dos serviços, especialmente daqueles considerados dispositivos para mudança, como é o caso da ESF.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de desenvolver metodologias avaliativas no âmbito da ESF, sendo essa uma prática já instaurada em território nacional pelo MS mediante a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), como consta no Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF).

Acredita-se que a iniciativa avaliativa na ESF assume papel de destaque, uma vez que permite problematizar desde questões elementares até as mais complexas,

subsidiando o processo de gestão e gerência do sistema de saúde.

Cientes de que na avaliação de qualidade dos serviços de saúde constam enfoques amplos e variados, optou-se, neste estudo, pela avaliação referente ao componente satisfação do usuário. A escolha se deu por acreditar que o estabelecimento de diálogo entre usuário e serviço implica a elucidação das reais necessidades e fragilidades apresentadas, propiciando alternativas cabíveis à adequação do serviço. A opinião do usuário também se justifica por contemplar a estratégia do governo federal de fortalecimento da gestão democrática mediante o controle social das políticas públicas, assegurando o exercício da cidadania, direito que consta na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90).

Reconhecendo, portanto, a crescente importância e legitimidade da opinião dos usuários sobre a qualidade da atenção, com este artigo objetiva-se analisar a satisfação dos usuários como componente da qualidade da assistência à saúde oferecida pela ESF em um município da macrorregião Oeste de Minas Gerais, considerando as seguintes dimensões: acessibilidade, infraestrutura, relação profissional-usuário e resolutividade.

PROCEDIMENTOS METODÓDICOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quali-quantitativa, que adotou como referencial teórico o materialismo histórico dialético.

O estudo foi realizado em seis Unidades Saúde da Família (USF's*), que totalizam 100% de cobertura na zona urbana de um município da Macrorregião Oeste de Minas Gerais. Dentre elas, duas ESF's, no momento da coleta de dados, não contavam com o profissional médico. Essas USF's não foram excluídas do estudo, haja vista que os achados poderiam apontar diferenças significativas na satisfação do usuário.

Os entrevistados foram selecionados com base no relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no qual, em abril de 2008, constavam 6.460 famílias cadastradas. De posse do relatório do SIAB, visitou-se cada USF com o objetivo de identificar aquelas famílias usuárias da ESF e que tiveram ao menos uma experiência de atendimento a partir do último semestre do ano de 2007. Esse fato possibilitou entrevistar não apenas famílias cadastradas, mas usuárias e com

* No texto, constam duas abreviaturas idênticas com significados distintos. Para facilitar a compreensão do leitor, optou-se por ESF para Estratégia Saúde da Família e ESF' para Equipe Saúde da Família.

experiência de atendimento recente, propiciando uma resposta avaliativa mais fidedigna (foram enquadradas nesses critérios 4.520 famílias).

Após se demarcar, no relatório do SIAB, o número do cadastro de cada uma das 4.520 famílias, procedeu-se à seleção da amostra utilizando a técnica de amostragem sistemática, que, de acordo com Gil,³ é um método satisfatório quando se dispõe de uma listagem que propicia a identificação de cada elemento da população.

Em seguida, realizou-se um sorteio entre as 20 primeiras famílias listadas no relatório para identificar a primeira família que, possivelmente, seria entrevistada, sendo selecionada a família nº 16. Posteriormente, foram selecionadas as famílias seguintes, seguindo um intervalo de 20 em 20, contando horizontalmente na planilha. Foram considerados 5% do universo da pesquisa, totalizando 226 famílias.

Foram sujeitos da pesquisa indivíduos cadastrados e usuários da ESF do município, sendo considerado como respondente apenas um membro de cada família. Os critérios para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: a) indivíduos com idade superior a 18 anos que estivessem presentes no momento da entrevista, de preferência o responsável pela família, e b) ter tido ao menos uma experiência de atendimento na USF a partir do último semestre de 2007. Como critérios de exclusão de sujeitos e famílias, foram utilizados: a) domicílios fechados por mudança ou falecimento; b) domicílios vazios no momento da visita, sendo que, nesse caso, foram realizadas até duas visitas em horários distintos, e se ainda nenhum membro da família estivesse presente a referida família era excluída; c) sujeitos que se recusassem a participar da pesquisa; d) sujeitos que não se encontrassem em plenas condições mentais para responder satisfatoriamente à entrevista.

Das 226 famílias selecionadas, foi possível entrevistar 188, pois 37 usuários se recusaram a participar do estudo e um usuário apresentou alteração da função mental.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada contendo itens referentes à caracterização dos usuários participantes do estudo e questões relativas à satisfação dos usuários com a assistência oferecida pela ESF, abordando as dimensões infraestrutura, acessibilidade, relação profissional-usuário e resolutividade.

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FUNEDI/UEMG, sob o Parecer nº 17/2006, procedeu-se à coleta de dados no período de abril a maio de 2008.

A análise dos dados foi realizada com base no conjunto de famílias entrevistadas, o que possibilitou uma visão geral da satisfação dos usuários em relação à ESF no município, com exceção de um aspecto da acessibilidade – a consulta médica –, que foi analisado de forma específica, levando em consideração a presença ou ausência do médico na ESF. O tratamento dos dados qualitativos e quantitativos ocorreu de forma simultânea, visando

proporcionar uma relação de complementaridade entre eles. Os dados quantitativos foram tabulados no Excel 2007 e o processo de análise dos dados qualitativos ocorreu mediante o cumprimento das três etapas da técnica de análise temática proposta por Minayo⁴: a pré-análise (transcrição e leitura das entrevistas), a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entre os usuários participantes do estudo, verificou-se que a maioria era constituída por mulheres (94,1%) com idade entre 41 e 50 anos (58,0%) e com ensino fundamental incompleto (63,1%). Esses dados corroboram os estudos realizados por Barata⁵ e Ribeiro *et al.*⁶ para a determinação do padrão de utilização de serviços públicos de saúde, em que houve, também, a predominância do sexo feminino e baixa escolaridade entre os entrevistados.

Ressalte-se que conhecer a idade e o gênero dos usuários do serviço de saúde torna-se relevante para adequação desse serviço, uma vez que a população apresenta demanda variável no decorrer do ciclo evolutivo, estando a demanda diretamente relacionada ao gênero.

Já o grau de escolaridade dos usuários reflete a condição social da família. A baixa escolaridade pode levar à exclusão social, ao negar o direito à cidadania ao homem, mantendo o ciclo da pobreza e da marginalidade, além de aliená-lo para as perspectivas de futuro.⁶

Quanto à renda familiar, 47,9% dos entrevistados apresentaram renda entre um e dois salários mínimos. O segundo maior nível de concentração de renda ficou entre três e quatro salários mínimos, com 21,8% dos usuários, e 3,2% dos entrevistados referiram não possuir renda.

A relação evidenciada entre as variáveis grau de escolaridade e renda é coerente com o descrito na literatura. Segundo Barata,⁵ as variáveis supracitadas são inversamente proporcionais à demanda por serviços de saúde, indicando pior condição de saúde nos grupos com menor renda e menor grau de escolaridade.

Todos os entrevistados relataram que eram usuários da ESF. Dentre os serviços disponíveis na USF, o mais utilizado refere-se aos procedimentos (imunização, aferição de pressão arterial, curativos, etc.), com 80,8% das citações, seguido pela consulta médica – 53,7% dos entrevistados relataram que utilizam o serviço. Vale enfatizar que em duas USF's o profissional médico estava ausente no momento da coleta de dados, fato que levou a uma queda no percentual geral de utilização desse serviço.

A consulta de enfermagem foi citada como serviço utilizado por 52,6% dos usuários. Entre as famílias entrevistadas, 33,5% relataram que utilizam o preventivo e 13,8%, a puericultura.

Os grupos de educação em saúde e as palestras são serviços utilizados por apenas 6,9% dos entrevistados. A reduzida procura pelas atividades preventivas está diretamente relacionada ao nível de escolaridade e à inserção social da população, que leva a priorizar o atendimento médico-curativo em detrimento as atividades relacionadas à qualidade de vida.⁶

Ferramentas de trabalho: espaço e recursos

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser organizada de maneira a contribuir para a estruturação e o fortalecimento da ESF, criando espaço condizente com a realidade local, incluindo população adscrita e suas especificidades, número de usuários esperados e acesso a estagiários e residentes da área de saúde.⁷

Em relação à estrutura física das USF's, a maior parte dos entrevistados (96,3%) está satisfeita, referindo conforto, privacidade e organização. Dos entrevistados, 3,7% classificaram a estrutura física das USF's como regular, afirmando que o tamanho das salas é restrito e existem obstáculos que dificultam o acesso à Unidade:

O prédio é novinho, pintadinho, tudo branquinho, os móveis novinhos também, tem muito espaço, é excelente [...]. Fica tudo organizado, dividido [...]. A gente tem privacidade. (Usuário USF 3)

Lá tem sala separada para tudo, mas acho que as salas poderiam ser um pouquinho maiores. (Usuário USF 5)

Eu fiz uma cirurgia e fui ao posto para ver a pressão, porque eu não estava passando bem. Quando cheguei lá, dei de cara com uma escada, como eu não podia subir chamei a enfermeira e ela olhou a pressão para mim na rua. Acho que isso não pode acontecer. (Usuário USF 4)

O ambiente de trabalho bem organizado favorece o equilíbrio físico e emocional dos usuários e representa um espaço que contribui para a prestação de assistência de qualidade.⁸

Avaliou-se, também, a qualidade e a quantidade de equipamentos disponíveis nas Unidades, encontrando-se um índice de satisfação de 88,8%. Os entrevistados relataram que os equipamentos se encontram em boas condições de uso e em quantidade satisfatória. A insatisfação relativa a esse item (8,5%) foi inerente à falta da fita do glicosímetro, impossibilitando a realização da glicemia digital. Dos entrevistados, 2,7% não se julgaram capazes de opinar sobre o assunto.

Tem todo equipamento que a gente precisa, não falta nada, não. E está tudo funcionando direitinho, é excelente. (Usuário USF 5)

Meu filho é diabético, ele passou mal esses dias para traz e o médico pediu para fazer aquele exame do dedo, a glicemia. Só que lá no posto não tinha a fita do aparelho, ficou mais de 15 dias sem. Eu acho que isso não pode acontecer; se for uma emergência, fica difícil. (Usuário USF 6)

De acordo com o MS,⁷ a USF não é local para simples triagem e encaminhamento, mas tem capacidade para resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população, bastando dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais em relação a esse compromisso.

Ao abordar a disponibilidade para procedimentos, a maioria dos entrevistados está satisfeita (88,8%), descrevendo que existe uma gama variada de procedimentos que são oferecidos na USF, o que facilita o acesso e garante a integralidade da assistência. Um percentual de 11,2% dos entrevistados não opinou sobre a variável em questão. Os usuários também se mostraram satisfeitos por existir a possibilidade de realizar os procedimentos no domicílio. Esse é um indicativo da qualidade do serviço, uma vez que existe maior preocupação e cuidado com aqueles que se encontram mais fragilizados:

Aqui eles fazem de tudo: vacina, nebulização, medicamento, curativo, olha a pressão, faz o teste do pezinho, acho que tem tudo que a gente precisa, né? Até soro na veia, se precisar eles ligam, em relação a isso não tenho nada que reclamar, não, é excelente. (Usuário USF 3)

Meu filho fez uma cirurgia no joelho e o ortopedista pediu para fazer curativo de dois em dois dias. Como meu filho não podia andar e a gente não tem carro, eu fui no posto e conversei com a enfermeira, ela veio aqui em casa e fez o curativo direitinho. Foi muito bom, muito bom mesmo. (Usuário USF 2)

Caracterização da acessibilidade na Saúde da Família

Por meio da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde passa a ser um direito de cidadania, que deve ser garantido a todos os brasileiros mediante políticas sociais e econômicas que viabilizem acesso igualitário aos mais diversos serviços, incluindo ações preventivas, promocionais, terapêuticas e reabilitadoras.⁹

A acessibilidade ao serviço “permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’ e a oferta de recursos para satisfazê-la”.¹⁰

Para fins didáticos, utilizou-se a classificação de acessibilidade segundo Fekete,¹⁰ que resulta da combinação de fatores de ordem geográfica e organizacional.

A acessibilidade geográfica envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter a assistência à saúde. A mensuração desse atributo pode ser realizada em função do tempo despendido para alcançar a assistência à saúde, pelos meios habituais de transporte e pelas características físicas da área que impeçam ou dificultem o acesso ao serviço.¹⁰

A acessibilidade geográfica foi classificada em excelente ou bom por 89,4% dos entrevistados. Os entrevistados ressaltaram como motivo de satisfação a boa localização da USF, a pouca distância da USF até seu domicílio, o curto intervalo de tempo gasto no percurso até a USF

e a possibilidade de não utilizar meio de transporte. Apenas 10,6% dos entrevistados classificaram o serviço como regular, ruim ou péssimo. A insatisfação pode estar associada à maior proximidade da USF de outros domicílios, fato que está intimamente relacionado à localização da Unidade, visto que os usuários não utilizam meio de transporte e chegam ao serviço em tempo relativamente curto:

É pertinho. O posto fica bem localizado para todo mundo. Eu acho ótimo, fica bem perto para mim. (Usuário USF 4)

Eu acho que poderia ser um pouquinho mais perto. Está mais próximo do centro que aqui do bairro. Para ir a pé, quando está passando mal, fica bem longe. (Usuário USF 2)

Em 20-30 minutos eu chego ao posto. Não há necessidade de ir de carro, não; só vou de carro se tiver disponível mesmo. Mas ônibus não vale a pena pegar; a pé eu chego mais rápido. (Usuário USF 2)

A acessibilidade organizacional reflete os obstáculos que se originam da organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem ser anteriores ao contato inicial ou se originar dele. No primeiro caso, estão inseridos fatores como a demora em obter uma consulta, a inadequação de horários e o tipo de agendamento. No segundo caso, pode ser citado o tempo de espera para consulta médica e demais procedimentos, bem como obstáculos que surgem na continuidade da assistência, como nos mecanismos de referência e contrarreferência.¹⁰

Um aspecto investigado, anterior ao contato inicial, foi o horário de funcionamento da USF. Ao opinarem sobre esse quesito, 89,4% dos entrevistados atribuíram-lhe grau excelente ou bom e 10,6%, regular, ruim ou péssimo. Foram apontados como motivos de insatisfação o horário diferenciado de atendimento – às quartas-feiras, a USF funciona das 12 às 19 horas, visando contemplar os funcionários das indústrias pirotécnicas – e as reuniões em equipe realizadas nas sextas-feiras, das 7 às 8 horas:

O horário de atendimento é muito bom. Abre cedinho e vai o dia todo, até as cinco da tarde [...]. Não fecha para almoço, não, isso é excelente. A auxiliar de enfermagem está lá neste horário para atender. Faz uma vacina, um curativo, olha uma pressão... (Usuário USF 4)

Eu acho o horário ruim, porque na quarta-feira só abre meio-dia, aí a gente tem que esperar abrir para consultar. (Usuário USF 3)

Às vezes a gente chega à sexta-feira às 7 horas passando mal, querendo consultar, mas o posto está fechado, tem uma plaquinha avisando que está em reunião, aí a gente tem que esperar ou voltar mais tarde. Acho esse horário regular. (Usuário USF 4)

Um aspecto importante ao delimitar o horário de atendimento da USF é o respeito à preconização do MS, ou seja, a ESF' deve cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.¹¹

Cabe ressaltar, ainda, que a realização das reuniões é essencial para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, sendo necessário esclarecer de forma objetiva e permanente a finalidade dessas reuniões aos usuários, conscientizando-os de que durante este momento o que se propõe é a melhor maneira de intervir nos problemas de saúde mais complexos apresentados pela população.

Investigou-se, também, no contato inicial nas USF's, o acesso à consulta médica agendada e eventual,** sendo esse aspecto analisado separadamente para as USF's que possuíam e não possuíam médico integrando a ESF'.

Nas USF's em que o médico integrava a ESF', 59,8% dos usuários classificaram a consulta médica agendada como excelente ou boa, 26,2% como regular ou ruim e 14% não souberam opinar. Com referência à consulta médica eventual, 52,5% dos usuários classificaram a consulta médica agendada como excelente ou boa, 14,7% como regular ou ruim e 32,8% não souberam opinar. Muitos usuários não opinaram, alegando a não utilização do serviço até o presente momento.

Ao analisar as falas dos usuários, percebe-se que parte deles considera o atendimento rápido e eficiente, e outra parcela alega que a demanda é grande, fato que gera insatisfação por comprometer a agilidade no processo agendamento:

Não é difícil, não. Eu peço consulta em oito dias e sai, no máximo em 15; depende da necessidade. [...] Eles atendem também [consulta eventual], é rapidinho, na hora. É só chegar, e eles colocam boa vontade para atender. (Usuário USF 2)

Aqui fica muita gente esperando consulta, demora muito. (Usuário USF 3)

Nas USF's em que o médico estava ausente, 97% dos usuários julgaram o acesso à consulta médica agendada como ruim ou péssimo e 3% não opinaram, sendo o mesmo índice avaliativo atribuído à consulta médica eventual:

Ah, isso [consulta médica agendada e eventual] é péssimo, né? Não tem médico. (Usuário USF 5)
Lá no posto eles fazem o que podem para a gente, mas consulta a gente não consegue, porque não tem médico, só vez ou outra. É muito difícil, eu acho que neste ponto está ruim, precisa melhorar. (Usuário USF 6)

O MS enfatiza que a ESF' deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um técnico ou auxiliar de

** Conceitua-se consulta médica eventual aquela decorrente de uma intercorrência aguda, que exige atendimento rápido, impossibilitando o agendamento prévio da consulta.

enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS's).¹¹

A ESF, quando formada por profissionais de áreas diferentes, além de cumprir uma exigência do MS, tem maior probabilidade de atender a diferentes demandas, possibilitando lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, incorporando procedimentos tecnológicos específicos e diversos saberes e práticas imprescindíveis a uma abordagem integral e resolutive.

Com o intuito de tentar minimizar a ausência do médico, o município adotou o sistema de rodízio para garantir atendimento semanal nas Unidades onde o profissional se encontrava ausente, porém essa conduta não foi aprovada pelos usuários e compromete a coordenação da atenção, como se percebe nas narrativas que se seguem:

Tem dia na semana que tem médico aqui, mas é médico de outro posto que vem atender aqui e vai embora; acho que isso não resolve, não, porque lá nesse dia fica sem médico e alguém pode precisar. (Usuário USF 6)

Eu estava fazendo exames com o Dr. fulano, aí, quando eu pensei em entregar para ele, ele já não estava mais lá. (Usuário USF 5)

Mesmo expressando insatisfação em relação à ausência do médico, os usuários deixam claro que nos casos de urgência eles conseguem a consulta fora da Unidade:

Toda vez que eu chego ao posto e é urgência, eles arrumam logo. [...] Se não tem médico no posto eles mandam para outro posto. (Usuário USF 6)

Se for um caso de urgência mesmo, eles encaminham para o Centro de Especialidades; lá tem médico. (Usuário USF 5)

O Centro de Especialidades Médicas, que deveria atender apenas aos casos mais complexos, passou a ser referência para os usuários em caso de consulta médica eventual, como se nota no trecho a seguir:

Se for caso de urgência, se você quiser mesmo consultar, é só ir ao Centro de Especialidades. Ai, lá, é só chegar e consultar. (Usuário USF 5)

Franco e Merhy¹² descrevem que a população continua recorrendo ao serviço de saúde diante das situações de angústia e sofrimento. Não havendo um esquema para atender-lhe e dar uma resposta satisfatória a seus problemas no nível da APS, elas acabam desembocando em nível mais complexo do sistema, sendo esse um erro estratégico da ESF, o que enfraquece em demasia seus propósitos, uma vez que a população acaba forçando a organização dos serviços com modelagem comprometida com o modelo médico hegemônico para responder às necessidades imediatas em saúde.

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo que resulta de um amplo conjunto de

determinantes como características de organização da oferta, características sociodemográficas dos usuários, perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços.¹³

As escolhas individuais também são cruciais, visto que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Desigualdades no uso dos serviços de saúde refletem desigualdades individuais ao risco de adoecer e morrer.¹⁴

A ESF, norteadas pelo atributo da orientação comunitária, com adscrição da clientela, cria espaço privilegiado para reconhecimento dos fatores que originam a demanda do serviço, gerando a possibilidade de atuar efetivamente sobre essa demanda, uma vez que em algumas situações há necessidade de intervenções que extrapolam as possibilidades do setor saúde, o que requer maior grau de complexidade por meio de ações intersetoriais.

Foi avaliada, também, a acessibilidade organizacional, que se encontra na dependência de obstáculos que surgem na continuidade da assistência (sistema de referência e contrarreferência), o que implica dizer que os obstáculos podem seguir-se no próprio serviço e por todo o sistema.¹⁰ No âmbito da acessibilidade organizacional foi avaliado o acesso à consulta médica especializada e a exames complementares.

Dos entrevistados, 47,3% classificaram o acesso à consulta médica especializada como excelente ou bom, 20,2% como regular, ruim ou péssimo. Em relação ao acesso aos exames complementares 47,3% dos entrevistados mostraram-se satisfeitos, enquanto 37,8% apontaram esse item como um obstáculo encontrado no sistema. Ressalte-se que 32,5% dos entrevistados não souberam opinar quanto ao acesso à consulta especializada e 14,9% dos usuários responderam que não sabiam avaliar o acesso a exames complementares, negando a utilização desses serviços. Por meio das narrativas que se seguem, evidenciam-se obstáculos que comprometem a integralidade e a continuidade da assistência referente à acessibilidade organizacional.

Eles encaminham, mas é difícil para conseguir consultar com especialista, principalmente com ginecologista. A gente fica esperando meses, às vezes até desiste. (Usuário USF 6)

Com facilidade não consegue, não [exame complementar]. Tem a demora porque você pega o pedido, aí você vai à Secretaria para marcar. Igual eu estou com um pedido de ultrassom da mama tem meses. Todo mês eu vou lá, todo começo de mês eles falam que vão marcar, e nada, fica para voltar no próximo mês, e assim vai. (Usuário USF 1)

Acredita-se que o acesso a tecnologias de saúde representa aspecto importante a ser considerado pelo setor, visto que a APS por si só não tem sido suficiente para atender às necessidades da população em sua totalidade.

Nessa perspectiva, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito dos SUS, deve ser

desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo que as ações do sistema municipal devem estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.¹⁵

De acordo com Franco e Merhy,¹² a ESF deve ser explorada em seus limites e incorporada como uma modalidade tecnológica integrante da complexa rede de atenção, antes de ser considerada suficiente para a resolução de todos os problemas.

Os usuários revelam, ainda, barreiras na forma de agendamento para exames, o que os tornam insatisfeitos com o serviço:

Para fazer exame de glicose do meu filho tem que ir lá [laboratório municipal] marcar de madrugada, quatro horas da madrugada, aí tem a quantidade de exame que marca, às vezes você vai, fica na fila e não consegue marcar. Aí tem que ir à Santa Casa para fazer, mas quando a gente não tem dinheiro fica sem fazer. Porque lá faz, mas paga. (Usuário USF 6)

A dificuldade de acesso a consultas especializadas e exames complementares fere direitos constitucionais quando se considera a saúde como direito de cidadania e também corrompe princípios regulamentares do SUS, como a integralidade, a equidade e a universalidade da assistência. Também revela uma lacuna no ponto de atenção secundária e, em decorrência do fato, os usuários ficam expostos a agravamentos da condição de saúde. Além disso, tal aspecto gera desconforto para a ESF, a quem cabe dar respaldo no caso da situação de demora.

Humanização da assistência: o ícone da relação profissional-usuário

Com a finalidade de romper com a fragmentação e a verticalização nos processos de trabalho que permeiam as relações usuário-profissional, o MS criou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), idealizando uma assistência à saúde mais humana e integral.

A Política Nacional de Humanização deriva da valorização dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, mediante o estabelecimento de redes, vínculos e de corresponsabilidade entre usuário-profissional, imbricando diferentes ações, saberes e práticas, buscando a garantia de uma atenção integral, resolutiva e humanizada.¹⁶

Ao abordar aspectos relacionados à interação profissional-usuário, percebe-se um relacionamento diferenciado, marcado pelo interesse, pela atenção, pela cortesia, pelo respeito, mediante uma escuta qualificada e responsabilização pelas queixas apresentadas, atendimento que resulta na integralidade e na longitudinalidade da assistência.

A maioria dos usuários está satisfeita em relação ao trabalho exercido pelo médico, sendo o percentual de

aprovação de 44,6%. Entre os entrevistados, 43,2% não opinaram, dada a ausência do profissional médico no momento da coleta de dados ou pelo fato de nunca terem utilizado o serviço, e 12,2% classificaram o trabalho do médico como regular, ruim ou péssimo.

Os usuários revelaram em suas falas um relacionamento médico-cliente acolhedor, firmado na informalidade, na eficiência das ações e na competência técnica, exceto para uma única USF:

O médico é excelente, ele é muito atencioso, ele verifica tudo, ele apalpa, ele faz exame da pressão, conversa, orienta. [...] Ele é muito bom, muito atencioso mesmo, até melhor que o médico particular. (Usuário USF 1)

A médica que atende lá [...] é muito boa; ela examina direitinho, conversa, explica, pede para voltar depois se precisar, acompanha a gente até a porta. Essa atenção, esse cuidado é importante, ainda mais para quem está doente. Eu acho excelente. (Usuário USF 3)

O Dr. lá, esqueci o nome dele, já consultei com ele, só uma vez mas não gostei, não, ele não conversa, sabe? Não dá atenção, não, é rapidinho, ele te olha, aí já passa a receita e pronto. (Usuário USF 2)

É importante considerar que a prática multiprofissional, a territorialização e o vínculo operam nos microprocessos do trabalho em saúde, sendo necessário penetrar nos valores e comportamentos dos profissionais de saúde com o objetivo de constituir uma nova ética, presidida de valores humanitários e de solidariedade, modificar suas referências epistemológicas e incorporar ao arsenal tecnológico a produção do acolhimento, do vínculo, da autonomização e da resolutividade.¹²

A ausência dos atributos supracitados pode ser consequência da formação acadêmica do profissional médico e do modelo de atenção à saúde hegemônico, que prioriza a prática individual e curativa, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde, em detrimento da utilização das tecnologias leves.

Franco e Merhy¹² enfatizam que a ESF visa romper com essa forma de agir em saúde, operando de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos do profissional, que em última instância define o perfil da assistência. Vincula, também, uma nova relação, que foge do padrão tradicional, na qual um é sujeito e o outro objeto. A nova relação, na qual profissional e usuário são produtores de saúde, deve se dar entre sujeitos.

Encontrar ferramentas que viabilizem a reestruturação do processo de trabalho não é tarefa fácil, uma vez que exige que sejam agregados ao conhecimento técnico outros conhecimentos e habilidades, relacionados com a dinâmica social e o trabalho em equipe, visando à transdisciplinaridade e à integralidade.¹⁷

Outro fator que pode comprometer o trabalho desempenhado pelo médico é a insatisfação com o seu vínculo empregatício – prestação de serviços –,

uma realidade nova, na qual o profissional se encontra desprovido de amparo legal referente ao exercício profissional e não é contemplado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Quando abordados sobre o atendimento pela equipe de enfermagem, inicialmente os usuários tiveram dificuldade em identificar as diferentes categorias profissionais na enfermagem, o que pode ser percebido nas narrativas abaixo:

Você quer que eu fale é sobre a enfermeira chefe? (Usuário USF 2)

O que é mesmo técnico de enfermagem? (Usuário USF 6)

Após a diferenciação das categorias profissionais por parte das pesquisadoras, os usuários conseguiram classificar o atendimento de cada profissional devidamente. Os entrevistados se mostraram bastante satisfeitos em relação ao atendimento por parte da equipe de enfermagem.

Em relação ao desempenho da enfermeira, 78,7% dos usuários o classificaram como excelente ou bom, 6,4% como regular, ruim ou péssimo e 14,9% não souberam informar. Números semelhantes foram obtidos pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem, visto que 89,9% classificaram o atendimento como excelente ou bom, 8,5% como regular, ruim ou péssimo e 1,6% não soube informar:

Eu acho a boa vontade da equipe [enfermagem] uma coisa muito boa, sempre pronta para atender, sempre de carinho boa. Não tem uma hora que você chega e elas falam: 'Não, não posso'. Se está apertado, elas falam: 'Senta, espera um pouquinho, já volto, vou dar um jeitinho'. (Usuário USF 5)

Sobre o trabalho desempenhado pelos ACSs, o maior percentual dos usuários (78,7%) o classificou como excelente ou bom e 21,3% atribuem a essa variável a classificação regular, ruim ou péssimo. Entre os usuários que fizeram avaliação negativa do trabalho dos ACSs, foram apontados como motivos de insatisfação fatores inerentes à conduta particular do ACS, como não viabilizar uma receita ou a demora para agendar uma consulta. Evidencia-se, também, que o desconhecimento em relação ao modelo assistencial vigente interfere no nível de satisfação do usuário:

Eu acho que ela demora muito para marcar as consultas, pegar receita; acho que é ruim o trabalho dela. (Usuário USF 3)

O trabalho deles é péssimo; acho um desperdício de dinheiro este monte de mulher andando pela rua, a gente não precisa disso, não, a gente precisa é de mais médico para atender. (Usuário USF 3)

Por meio das falas dos usuários que avaliaram satisfatoriamente o trabalho dos ACSs, percebe-se uma relação de amizade, vínculo, responsabilidade, com

privilégio das ações preventivas e promocionais. Os ACSs são valorizados, também, pelo fácil trânsito que dispõe no sistema formal de atenção à saúde, o que torna facilitado o acesso ao cuidado:

Muito bom, ela vem, vê se você está precisando de alguma coisa, pergunta se precisa de consulta, se quer um preventivo. É muito bom, às vezes, assim, pergunta se eu quero soro para dar para minha filha quando eu falo que ela está com diarreia, olha os cartões de vacina para ver se está tudo em dia realmente; é excelente. (Usuário USF 5)

A qualidade da assistência

A qualidade da assistência está relacionada ao quanto a demanda em saúde está sendo atendida de forma otimizada pelo serviço de saúde. O termo “qualidade”, quando definido em sentido mais amplo, também se relaciona à satisfação dos usuários com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação da assistência.¹⁸

Na dimensão da qualidade, emergiram os seguintes temas: competência e qualidade técnica da equipe, resolutividade do serviço e descrição da assistência à saúde antes e após a implantação da ESF.

Dos entrevistados, 90,4% dos usuários se mostraram satisfeitos em relação à competência da ESF, relatando terem recebido diagnóstico, tratamento e orientações adequadas. Enfatizaram, também, a supremacia do serviço público em relação ao privado. Para 9,6% dos entrevistados, a competência da ESF é regular, não sendo obtidas respostas como ruim ou péssimo.

É excelente; eu tenho muita confiança neles, como eu já falei, eu até prefiro o posto que o serviço particular, porque eles são mais atenciosos, olham melhor, orientam tudo direitinho. (Usuário USF 1)

Todas as vezes que eu procurei, levei minhas meninas deu certo; assim, o doutor passa o remédio certinho, dá certo, resolve o problema. Eu nunca tive problema com remédio lá, não, pode confiar. (Usuário USF 6)

Cabe enfatizar que os usuários reconhecem que em algumas situações os profissionais não estão aptos a lidar com a totalidade e a complexidade das demandas apresentadas, mas esse fato não gera insatisfação aos usuários, que reconhecem a impossibilidade do profissional em abranger todo o conhecimento existente e alegam o interesse do profissional em aprimorar seu nível de conhecimento, disponibilizando a informação em momento posterior:

Ela [enfermeira] procura informar sobre alguma coisa que às vezes ela tem dificuldade de entender, para depois estar te falando, sabe? Então nesse ponto é excelente. (Usuário USF 3)

Outra dimensão analítica que se enquadrou na qualidade da assistência foi a resolutividade.

De acordo com o MS,¹⁹ o termo “resolutividade” está relacionado à capacidade de cada nível de atenção, no limiar de sua competência de enfrentar e solucionar os problemas de saúde apresentados pela população.

A variável resolutividade foi analisada apenas em caráter qualitativo, sendo que a maior parte dos usuários mostrou satisfação em sua avaliação, citando bom atendimento do serviço e a possibilidade de encaminhamento a consultas especializadas. Por meio das narrativas, percebe-se que os usuários declararam satisfação ao fato de conseguir o atendimento, independentemente do tempo transcorrido até obtê-lo. Nota-se, também, que a ESF, até o nível de sua competência, consegue resolver os problemas de saúde que lhes são apresentados, porém existem obstáculos externos à Unidade que impedem a prestação de um cuidado integral e contínuo. A ausência do médico nas USF's também comprometeu a resolutividade:

É resolvido, sim, só se não tiver no alcance deles, como alguma coisa que não é feita lá. Mas lá dentro do posto eu nunca voltei sem uma solução. (Usuário USF 2)

Quando eles não conseguem resolver o problema, eles encaminham a gente para o especialista. A gente não consegue com muita facilidade, não, tem a demora como sempre pelo SUS, mas está bom, porque demora, mas no final a gente consegue e dá certo. (Usuário USF 4)

Ultimamente está difícil de resolver tudo porque às vezes a gente vai lá querendo consulta, mas não tem médico, aí tem que procurar outro recurso. Isso daí não está bom, não. (Usuário USF 6)

Ao solicitar que os usuários descrevessem como eles percebiam a assistência e a organização dos serviços de saúde antes e após a implantação da ESF, muitos afirmaram que não sabiam descrever, pois passaram a utilizar o serviço público de saúde somente após a implantação da ESF, o que induz a ideia de maior acessibilidade atualmente. Entre os que as descreveram, afirmaram melhora significativa do serviço e a associaram à presença do médico em horário integral na USF:

Antes era muito difícil, não tinha médico nos postos. Ele atendia às consultas e ia embora; se acontecesse

qualquer emergência, não tinha jeito, e agora, não, o médico está no posto o tempo inteiro de funcionamento para atender a gente, então é uma diferença, uma coisa gritante. Hoje é muito melhor, não tem nem comparação, tem assistência mesmo. (Usuário USF 4)

Ainda hoje, a perspectiva do usuário em relação a um serviço de saúde está muito ligada à assistência curativa, fator que indica a hegemonia do modelo assistencial flexneriano, mesmo quando os usuários caracterizam um serviço considerado dispositivo para mudanças e alternativa viável para preencher as lacunas do modelo supracitado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada revelou elevado índice de satisfação dos usuários em relação à assistência oferecida pela ESF, porém, ao se analisar a subjetividade imbuída nas falas dos usuários, percebe-se certa insatisfação relativa a algumas das variáveis estudadas, resultando nos seguintes obstáculos:

- A ausência do profissional médico em algumas USF's afetou a avaliação ao acesso à consulta médica agendada e eventual, levando à ausência da coordenação da atenção, bem como prejudicou, também, a resolutividade de alguns problemas apresentados pela população no nível da APS.
- A demora no agendamento e a forma como são agendados exames complementares e consultas médicas especializadas dificultaram a integralidade e a continuidade da assistência.
- O horário de funcionamento da USF foi um aspecto organizacional que prejudicou a acessibilidade do serviço, que é considerado porta de entrada para o sistema.

Considerando que a avaliação dos usuários pode auxiliar no cotidiano e na gestão dos serviços de saúde, acredita-se que os resultados do estudo levam à necessidade de realizar reflexões sobre as considerações colocadas por estes, tanto no interior das ESF's, visando ao aperfeiçoamento e à qualidade da assistência à saúde, como no âmbito da gestão pública, propiciando a formulação da política de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. 300p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Novos Horizontes. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2002; 2(4).
3. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2009. 175p.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2004. 269p.
5. Barata RT. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva. 2008 jul./dez; 22(2):19-29.
6. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):1011-22.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Beck CLC, Gonzales RMB, Demnardin JM, Trindade LL, Lautert L. Humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(3):503-10.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC; 1994.
10. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 114-20.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
12. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-line, 1999. [Citado 2007 set. 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (sup.2): 190-8. [Citado 2008 jun. 11]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
14. Pinheiro RS, Viavava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7(4):687-707. [Citado 2007 set. 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>.
15. Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. 108 p. [Citado 2008 jan. 28]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Secretaria Executiva Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 32p. [Citado 2007 jul. 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/0440%20miolo.pdf>.
17. Koster I. “Toolkit” para o trabalho na estratégia saúde da família. Informe-se em promoção da saúde. 2006 2(2):11-2. [Citado 2008 jun. 12]. Disponível em: <http://www.uff.br/promoçãoda saúde/informe>
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 72 p.

Data de submissão: 2/3/2009

Data de aprovação: 15/10/2010