

SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS QUANTO À ATENÇÃO PRESTADA À CRIANÇA PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE^a

Users' satisfaction concerning the care delivered to children at primary healthcare services

Satisfacción de las usuarias con la atención prestada por la red básica de salud al niño

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes¹ e Maria Aparecida Munhoz Gaíva²

Recebido em 15/07/2011, reapresentado em 11/01/2012e aprovado em 06/03/2012

Resumo

Estudo descritivo avaliativo, pautado no modelo donabedian de avaliação em saúde, que avaliou a satisfação das mães e/ou responsáveis de crianças menores de um ano de idade quanto à atenção prestada pelas Unidades Básicas de Saúde de Cuiabá – Mato Grosso. A coleta de dados transcorreu entre outubro e dezembro de 2010, e se deu por meio de questionário aplicado a 127 responsáveis pelas crianças. Os dados foram analisados segundo estatística descritiva. Os resultados mostraram que todas as crianças têm acesso ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, contudo nem todas as unidades verificam os parâmetros antropométricos. Verificou-se que o enfermeiro é o profissional que mais utiliza a Caderneta de Saúde da Criança e que o atendimento de saúde prestado às crianças foi avaliado pelas usuárias como regular e a atuação dos profissionais como boa. O grau de satisfação foi associado às orientações sobre prevenção de acidentes, violência e problemas respiratórios, bem como à existência de um espaço para discutir preocupações sobre a criança durante a consulta e ao recebimento gratuito de medicamentos.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação do paciente. Atenção primária à saúde. Qualidade da assistência à saúde.

Abstract

Descriptive assessment study, based on Donabedian's Model of healthcare assessment, which evaluated the satisfaction of mothers and/or legal guardians of children under the age of one concerning the care delivered at the Primary Healthcare Units of Cuiaba, in the state of Mato Grosso, Brazil. Data collection took place between October and December 2010, through a questionnaire answered by 127 people legally responsible for the children. Data were analyzed according to descriptive statistics. The results showed that all the children have access to growth and development monitoring, although not all units check anthropometric parameters. It was noted that nurses are the professionals who most use the Children's Health Booklet and the health care delivered to children was evaluated by the users as average, and the professionals' performance as good. The degree of satisfaction was associated with guidance about accident prevention, child abuse and respiratory problems, as well as with the existence of a space to discuss concerns about the children during appointments and the delivery of free medication.

Keywords: Health Evaluation. Patient Satisfaction. Primary Health Care. Quality of Health Care.

Resumen

Investigación descriptiva de evaluación, basada en el modelo de Donabedian. El objetivo del presente estudio fue evaluar el nivel de satisfacción de las madres y/o tutores de niños menores de un año con la atención recibida en las unidades básicas de salud de Cuiabá, Mato Grosso. Las informaciones fueron recolectadas entre octubre y diciembre de 2010 a través de un cuestionario aplicado a 127 responsables por niños registrados en la unidad. Los datos fueron analizados utilizando la estadística descriptiva. Los resultados mostraron que todos los niños tienen acceso al control de crecimiento y desarrollo, sin embargo, no todas las unidades verifican los parámetros antropométricos. El enfermero es el profesional que más usa la libreta de salud infantil. El grado de satisfacción fue asociado a las orientaciones sobre prevención de accidentes, violencia y problemas respiratorios, así como a la existencia de un espacio para discutir preocupaciones sobre el niño durante la consulta y al recibimiento gratuito de medicamentos.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Satisfacción del paciente. Atención Primaria de Salud. Calidad de la Atención de Salud.

¹Mestre pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Membro do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS. Cuiabá – MT. Brasil. E-mail: priscilladosanjos@yahoo.com.br;

²Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Líder do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS. Pesquisadora do CNPq. Cuiabá – MT. Brasil. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança compreende o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência a agravos com objetivos que, além da redução da mortalidade infantil (MI), apontem para o compromisso de prover qualidade de vida para a criança, por meio de uma assistência integral e de qualidade¹.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) definiu os princípios norteadores do cuidado à saúde da criança, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre eles, destacasse: o acesso universal, a equidade, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e resolutive, a atuação em equipe, as ações de promoção da saúde e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada².

A Atenção Básica (AB), segundo o MS, deve estabelecer articulação com os diferentes níveis de atenção à saúde que assistam à criança, proporcionando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), continuidade da assistência em saúde, garantia da referência e contrarreferência e a participação da família no cuidado².

Apesar dos investimentos em políticas assistenciais voltadas à saúde infantil ao longo das últimas décadas e dos avanços com a implementação do Programa de Saúde da Família, os índices de MI, especialmente o neonatal, no município de Cuiabá-MT, continuam elevados.

Preocupados com a saúde infantil e em busca de melhoria na qualidade da assistência prestada à criança em Cuiabá-MT, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) propôs como metas para o ano de 2009 a redução da MI de 16,5 para menos de 12,3/1.000 nascidos vivos, do componente neonatal de 10,3 para 8,6/1.000 nascidos vivos e a elevação do grau de satisfação do usuário do SUS de 59,4% para 70%³.

Perante essa situação, considera-se que a satisfação do usuário é uma das formas de avaliar a qualidade dos serviços ofertados, uma vez que a partir da percepção do usuário é possível obter informações relacionadas ao atendimento recebido que, potencialmente, podem direcionar as ações de saúde futuras⁴⁻⁵.

A avaliação dos serviços de saúde, subsidiada pela percepção dos usuários, vem sendo considerada um instrumento significativo do trabalho gerencial, na medida em que possibilita aos gerentes dos serviços repensarem o atendimento oferecido a determinada população e, desse modo, procurar satisfazer as expectativas desses usuários, além de conhecer quais metas e objetivos institucionais estão sendo ou não alcançados e de que maneira esse processo técnico-administrativo pode fornecer subsídios para uma tomada de decisão⁵. A satisfação do usuário e os indicadores de saúde, sejam positivos ou negativos, fornecem informações necessárias para acompanhar os progressos e redimensionar as atividades dos serviços⁴.

Diante do exposto, a satisfação dos usuários do SUS, especialmente de mães e/ou responsáveis por crianças menores de um ano, atendidos pela rede básica de saúde, fornece o escopo a ser desenvolvido neste artigo.

Considerando que a assistência de qualidade contribui, decisivamente, para o CD saudáveis no primeiro ano de vida e que os estudos avaliativos são escassos em nossa realidade, este trabalho tem um papel importante ao propor uma avaliação da atenção à saúde prestada à criança nesse município, e poderá oferecer subsídios para a melhoria desta atenção, contribuindo com as transformações necessárias para o melhor andamento do SUS em nosso Estado.

Este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação das mães e/ou responsáveis de crianças menores de um ano quanto à atenção prestada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cuiabá - MT.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, voltado para a satisfação de usuárias quanto à atenção prestada pelos serviços de saúde da rede básica. O estudo faz parte do projeto matricial: "Avaliação da atenção à criança na rede básica de saúde de Cuiabá – MT, com ênfase em sua organização e assistência nas práticas de enfermagem".

Dentre os vários referenciais de avaliação em saúde, optamos por utilizar o modelo donabediano por entender que é o que melhor se adapta à nossa realidade e abrange todas as dimensões que pretendemos avaliar (estrutura, processo e resultado). A análise de estrutura está relacionada aos materiais, recursos humanos, físicos e financeiros existentes para proporcionar a atenção em saúde⁶.

O processo corresponde à avaliação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, considerando as questões técnicas e as relações interpessoais. A dimensão resultado retrata os efeitos da assistência à saúde do usuário, bem como as mudanças relacionadas com o conhecimento e comportamento das pessoas e a satisfação do paciente⁶.

O estudo foi realizado na cidade de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso. A Rede Básica de Saúde em Cuiabá é formada por duas modalidades de serviços: as unidades básicas de saúde tradicionais (UBS tradicionais) ou centros de saúde e as Unidades de Saúde da Família (USF). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, na Capital existem 85 Unidades Básicas de Saúde, sendo 22 Centros de Saúde e 63 Equipes de Saúde da Família³.

Participaram do estudo 127 mães ou responsáveis das crianças menores de um ano inscritas em UBS tradicionais (18 crianças cadastradas) e em

USF (109 crianças cadastradas) do município de Cuiabá-MT. O tamanho da amostra foi determinado considerando a população total de crianças menores de um ano cadastradas na AB (UBS tradicionais e USF) até julho de 2010, correspondendo a 104 crianças nas USF e 14 nas UBS tradicionais. Foi considerada uma proporção esperada igual a 0,5 ou 50% (foi utilizado $p=0,5$ pois não temos informações sobre as características destas crianças), intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$ da distribuição normal), erro de amostragem permitido de 5%, e correção para possíveis perdas na coleta de 20%.

A população pesquisada foi de 127 crianças, sendo maior que o valor do cálculo amostral inicial (118), devido ao intervalo de tempo entre o cálculo amostral (julho de 2010) e a coleta de dados (outubro a dezembro de 2010), sendo considerado, para tal, a atualização do número de crianças que nasceram nesse período e foram cadastradas nas unidades de saúde após a amostra inicial.

Devido à proximidade do tamanho da amostra com o tamanho da população, e como algumas USF e UBS tradicionais não possuíam nenhuma criança menor de um ano cadastrada ou tinham um número reduzido, bem como à flexibilização e modificação da população do estudo (ganhos para a coleta de dados por causa do nascimento de crianças e perdas para a coleta de dados em decorrência de crianças completarem um ano de idade), foi estabelecido como critério de inclusão para participar da pesquisa a unidade que tivesse cadastrada pelo menos duas crianças menores de um ano, na época da coleta dos dados, o que totalizou 14 USF e 1 UBS tradicional.

Após a identificação das unidades que fariam parte do estudo, foi realizado contato com todas elas para levantar quais mães e/ou responsáveis atenderiam aos seguintes critérios de inclusão para participar da pesquisa: ser usuário da unidade de saúde selecionada; ser mãe e/ou responsável por criança menor de um ano de idade cadastrada na unidade de saúde; ter em mãos o cartão da criança/caderneta de saúde da criança (CSC) no momento da entrevista e a criança ter recebido pelo menos dois atendimentos na unidade selecionada. Foram excluídas as mães e/ou responsáveis com dificuldades cognitivas e de entendimento para responderem ao questionário.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com questões fechadas, construído e testado pelas pesquisadoras, com base no referencial donabediano, contemplando os componentes de processo e resultado⁶, tomando ainda como referência a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução de Mortalidade Infantil (Agenda)² e o Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança⁷. Durante as entrevistas com as mães e/ou responsáveis, a CSC era observada para avaliar o

registro de dado antropométrico ao nascer e a situação vacinal da criança.

Para responder ao objetivo proposto, o instrumento contava com questões para identificação das mães das crianças, informações concernentes ao processo (atividades desenvolvidas na relação entre profissional e usuários, tais como: avaliação clínica, análise do cartão da criança, atividades educativas, intersetorialidade, referência e contrarreferência) e a dimensão do resultado (relacionada à satisfação do usuário, baseada nos atributos de acolhimento em sala de espera e recepção, acessibilidade e resolubilidade).

A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2010, por meio da aplicação do questionário às mães e/ou responsáveis durante as visitas às UBS tradicionais e USF ou em seus domicílios. O estudo seguiu rigorosamente as diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos usuários participantes da pesquisa, garantindo-se o seu anonimato e a confidencialidade das informações. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, protocolo nº 882/CEP-HUJM/2010.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados por meio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). A análise de dados foi composta pelas etapas descritiva e univariada. A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas, já a análise univariada, pelos testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, nos casos em que as caselas apresentassem um número esperado menor do que cinco. A variável dependente foi o grau de satisfação categorizado de forma dicotômica (excelente/bom e regular/péssimo). O nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 127 mães e/ou responsáveis por crianças menores de um ano, cadastradas na Rede Básica de Saúde do município de Cuiabá-MT. Destas, 18 (14,17%) eram usuárias de UBS tradicionais e 109 (85,83%), de USF.

Dimensão Processo

A satisfação das mães e/ou responsáveis quanto à qualidade da atenção prestada pela rede básica à criança menor de um ano foi avaliada a partir da análise das ações oferecidas pelas unidades e das práticas de saúde direcionadas a esse grupo.

Conforme 115 (90,6%) usuárias, seus filhos têm realizado consulta de acompanhamento de crescimento

e desenvolvimento (CD), cujo controle é realizado tanto pelo profissional médico como pelo enfermeiro.

Em relação aos parâmetros de avaliação do crescimento, a maioria das entrevistadas informou que são mensurados o peso (97,6%) e a estatura (96,8%) das crianças. No entanto, 46 (37,4%) mães referiram que o perímetro cefálico não é aferido. A avaliação completa dos sinais vitais antes da consulta, segundo informações das usuárias, é pouco realizada, sendo que a temperatura é o parâmetro mais verificado, correspondendo a 48% das consultas, ou seja, para 61 mães e/ou responsáveis, seguida pela frequência respiratória (58/45,7%) e frequência cardíaca (56/44,9%). A pressão arterial é o parâmetro menos verificado (5/3,94%).

Referente ao registro nas CSC, para 54 (42,5%) mães e/ou responsáveis, o profissional que mais o preenche é o enfermeiro, seguido pelo técnico de enfermagem 44 (34,6%), e 13 (10,2%) referiram ser o médico. Ao avaliar os dados de nascimento contidos nas CSC, observou-se que 51 (40,15%) carteirinhas não possuíam registro do Apgar, 25 (19,7%) não tinham dados referentes ao perímetro cefálico e 11 (8,7%) não continham anotação da estatura. Entretanto, o peso ao nascer encontrava-se registrado em todas as CSC (100%). A observação das CSC mostrou ainda que 44 (34,6%) crianças estavam com a situação vacinal incompleta para a idade, conforme o calendário básico do município.

No que diz respeito às orientações recebidas durante a consulta médica e de enfermagem, os assuntos mais referidos pelas mães e/ou responsáveis foram: vacinação (104/81,9%); alimentação infantil (101/79,5%); crescimento e desenvolvimento (96/75,5%); diarreia (66/52,0%); problemas respiratórios (61/48,0%); prevenção de acidentes e violência infantil (43/33,9%); cuidados com a criança em domicílio (24/18,9%); problemas familiares (13/10,2%) e condição socioeconômica da família (12/9,4%). Ainda sobre as consultas, 96 (75,6%) mães e/ou responsáveis informaram que conseguem entender todos os assuntos discutidos e 79 (62,2%) relataram que têm espaço para verbalizarem suas dúvidas e preocupações com o cuidado à criança.

Para 68 (53,5%) usuárias, os profissionais de saúde, especialmente o médico e o enfermeiro, além de não conhecerem as crianças que atendem, também desconhecem os problemas enfrentados pelas famílias. Quanto às práticas educativas e de promoção da saúde oferecidas pelas unidades, segundo 77 (60,6%) usuárias, os profissionais de saúde não têm desenvolvido palestras e atividades educativas extraconsultas.

Em relação à disponibilidade de vacinas infantis na unidade frequentada pela criança, 49 (38,6%) mães e/ou responsáveis referiram que em algum momento já tiveram que levar seus filhos para receber vacina em outra unidade de saúde.

Considerando que a resolução de alguns problemas de saúde muitas vezes necessita de funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, segundo informações das usuárias observou-se que 36 (28,3%) crianças foram encaminhadas a outros serviços de saúde, destas 25 (69,4%) mães e/ou responsáveis receberam orientações prévias sobre quais serviços deveriam procurar; 21 (58,3%) usuárias relataram que, ao retornarem à unidade de origem, os profissionais informaram sobre os resultados do encaminhamento. Quanto aos serviços acessados, 14 (38,9%) mães e/ou responsáveis referiram que não receberam informações sobre a situação de saúde da criança ao serem atendidas. E ainda 23 (63,9%) usuárias afirmaram que não tiveram acesso ao relatório ou outro documento com informações sobre o tratamento realizado para complementar a contrarreferência.

Dimensão Resultado

Uma forma para avaliar o acesso aos serviços é conhecer o tempo que as usuárias gastam para chegar ao seu destino, assim 55 (43,3%) mães e/ou responsáveis referiram gastar até 10 minutos de suas casas até a unidade de saúde que o filho frequenta e 34 (26,8%) informaram gastar mais de 20 minutos, sendo que 101 (79,5%) vão a pé até a unidade. Esses dados evidenciam que as unidades de saúde são próximas dos domicílios, o que é esperado, já que a maioria das usuárias estava cadastrada em USF, conforme apresenta a Tabela 1.

No que se refere ao acesso para atendimento à criança nas UBS, 114 (89,8%) usuárias informaram que, para receber consulta de rotina nas unidades, é preciso agendar antecipadamente e 78 (61,4%) referiram que no dia da consulta já é marcado o próximo retorno. Entretanto, 65 (51,2%) usuárias informaram que, quando a criança se encontra doente, não é preciso agendar a consulta. Segundo 114 (89,8%) mães e/ou responsáveis, no dia da consulta, o atendimento é realizado por ordem de chegada, de acordo com o que mostra a Tabela 1.

O tempo de espera para o atendimento da criança na unidade, segundo 68 (53,5%) mães e/ou responsáveis, é demorado; para 41 (32,3%), o tempo é suficiente para esperar e 17 (13,4%) acham que é rápido, como demonstra a Tabela 1.

Quanto ao acesso aos medicamentos prescritos para seus filhos na unidade, 74 (58,3%) usuárias referiram receber gratuitamente os remédios e apenas

46 (36,2%) informaram a falta eventual desses medicamentos.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis estudadas segundo aspectos relativos à acessibilidade. Cuiabá-MT, 2010. n =127

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Tempo gasto para chegar à unidade		
Até 10 minutos	55	43,3
De 11 a 20 minutos	38	29,9
Mais de 20 minutos	34	26,8
Meio de locomoção para chegar à unidade		
A pé	101	79,5
Ônibus	12	9,5
Carro	10	7,9
Outro	1	0,7
Não soube informar	3	2,4
Agendamento para consulta de rotina		
Sim	114	89,8
Não	9	7,1
Não soube informar	4	3,1
Critério de atendimento no dia da consulta		
Ordem de chegada	114	89,8
Triagem	6	4,7
Agendamento	4	3,1
Outro	1	0,8
Não soube informar	2	1,6
Tempo de espera para ser consultado		
Menos de 30 minutos	15	11,8
De 30 a 60 minutos	45	35,4
De 1 a 2 horas	38	29,9
Mais de 2 horas	29	22,8
Agilidade no atendimento		
Demorado	68	53,5
Suficiente para aguentar	41	32,3
Rápido	17	13,4
Outro	1	0,8
Acesso à medicação infantil		
Sim	74	58,3
Não	6	4,7
Às vezes	46	36,2
Não soube informar	1	0,8
Total	127	100,0

No que diz respeito à satisfação das usuárias quanto ao atendimento prestado pelas unidades, 62 (48,8%) mães e/ou responsáveis consideraram o atendimento regular, 49 (38,6%) atribuíram o conceito bom, 9 (7,1%) péssimo e 7 (5,5%) excelente, conforme demonstra a Tabela 2.

Quanto à avaliação dos profissionais, a Tabela 2 indica que 66 (51,9%) mães e/ou responsáveis avaliaram como bom o atendimento prestado pelo médico; 79 (62,2%) usuárias consideram a assistência prestada pela enfermeira também como

boa, assim como 66 (52,0%) classificaram como bom o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) e 75 (59,0%) fizeram a mesma avaliação da equipe de enfermagem. Por outro lado, 39 (30,7%) relataram que o atendimento prestado pela recepcionista é regular e 17 (13,4%) avaliam como péssimo.

Tabela 2- Distribuição do grau de satisfação das mães/responsáveis segundo o atendimento prestado pelas unidades e profissionais. Cuiabá-MT-2010. n = 127

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Atendimento geral da unidade		
Excelente	7	5,5
Bom	49	38,6
Regular	62	48,8
Péssimo	9	7,1
Atendimento médico		
Excelente	20	15,7
Bom	66	52,0
Regular	23	18,1
Péssimo	7	5,5
Não sabe	10	7,9
Não soube informar	1	0,8
Atendimento da enfermeira(o)		
Excelente	30	23,6
Bom	79	62,2
Regular	13	10,2
Péssimo	1	0,8
Não soube informar	4	3,2
Atendimento da equipe de enfermagem		
Excelente	16	12,6
Bom	75	59,0
Regular	19	15,0
Péssimo	10	7,9
Não soube informar	7	5,5
Atendimento do ACS		
Excelente	25	19,7
Bom	66	52,0
Regular	19	15,0
Péssimo	09	7,0
Não soube informar	8	6,3
Atendimento da recepcionista		
Excelente	9	7,1
Bom	061	48,0
Regular	039	30,7
Péssimo	017	13,4
Não soube informar	01	0,8
Total	127	100,0

Associações entre Processo e Resultado com a satisfação das mães e/ou responsáveis

Após a análise descritiva das variáveis sobre as dimensões de processo e resultado, verificou-se a associação destas com a satisfação das mães e/ou responsáveis, a fim de se identificar elementos da assistência à criança que tiveram maior participação na satisfação da mãe e/ou responsável.

A Tabela 3 apresenta a associação da satisfação das mães e/ou responsáveis com as variáveis relativas à dimensão de processo, que incluiu o uso do cartão da criança, atividades educativas, avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientações recebidas, referência e contrarreferência. Verificou-se que o grau de satisfação excelente/bom foi mais frequente

entre as mães e/ou responsáveis que receberam as orientações sobre a prevenção de acidentes e violência ($p=0,004$) e problemas respiratórios ($p=0,001$), assim como quando havia espaço para tirar dúvidas sobre seus problemas e preocupações com a criança durante as consultas ($p=0,025$).

Em relação à dimensão de resultados, investigou-se a associação entre a satisfação das mães e/ou acompanhantes e os atributos de acolhimento em sala de espera e recepção, acessibilidade e resolubilidade. O recebimento gratuito de todos os medicamentos receitados nas consultas associou-se a maior frequência de mães e/ou responsáveis que referiram atendimento excelente/bom ($p=0,020$) (Tabela 4).

Tabela 3— Análise univariada do grau de satisfação das mães/responsáveis segundo variáveis relativas ao processo. Cuiabá-MT-2010.

Variável	Grau de satisfação das mães e/ou responsáveis n (%)		p-valor
	Excelente/Bom	Regular/Péssimo	
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento			
Sim	52(94,5)	62(91,2)	0,730*
Não	3(5,5)	6(8,8)	
Preenchimento do Cartão da Criança			
Sim	50(89,3)	60(84,5)	0,432
Não	6(10,7)	11(15,5)	
Orientação sobre vacinação			
Sim	54(94,7)	63(88,7)	0,344*
Não	3(5,3)	8(11,3)	
Orientação sobre a alimentação da criança			
Sim	49(86,0)	61(85,9)	0,994
Não	8(14,0)	10(14,1)	
Orientação sobre o crescimento e desenvolvimento			
Sim	51(89,5)	56(80,0)	0,145
Não	6(10,5)	14(20,0)	
Orientação sobre prevenção de acidentes e violência			
Sim	30(53,6)	20(28,2)	0,004
Não	26(46,4)	51(71,8)	
Orientação sobre problemas respiratórios			
Sim	41(73,2)	32(45,1)	0,001
Não	15(26,8)	39(54,9)	
Compreensão dos assuntos abordados na consulta			
Sim	45(80,4)	50(70,4)	0,199
Em partes	11(19,6)	18(25,4)	
Não	-	3(4,2)	
Espaço para tirar dúvidas sobre seus problemas e preocupações com a criança			
Sim	41(74,5)	37(52,1)	0,025
Em partes	7(12,7)	12(16,9)	
Não	7(12,7)	22(31,0)	
Atividade educativa			
Sim	16(28,1)	12(17,1)	0,273
Não	31(54,4)	47(67,1)	
Não sabe	10(17,5)	11(15,8)	
Encaminhamento da criança			
Sim	15(26,3)	23(32,4)	0,454
Não	42(73,7)	48(67,6)	
Em caso de encaminhamento, os profissionais da unidade de origem discutiram os resultados no retorno da criança			
Sim	12(92,3)	12(57,1)	0,051
Não	1(7,7)	9(42,9)	

P-valor refere-se ao teste Qui-quadrado

*Teste exato de Fisher

Tabela 4— Análise univariada do grau de satisfação das mães/responsáveis segundo variáveis relativas ao resultado. Cuiabá-MT-2010.

Variável	Grau de satisfação das mães e/ou responsáveis n(%)		p-valor
	Excelente/Bom	Regular/Péssimo	
Tempo gasto da residência à unidade de saúde			
Até 10 minutos	22(38,6)	33(46,5)	0,388
De 11 a 20 minutos	16(28,1)	22(31,0)	
Mais de 20 minutos	19(33,3)	16(22,5)	
É necessário marcar data e horário quando a criança está doente			
Sim	28(53,8)	28(40,0)	0,129
Não	24(46,2)	42(60,0)	
Tempo de espera até ser atendido			
Menos de 30 minutos	10(17,6)	5(7,0)	0,066
De 30 a 60 minutos	22(38,6)	23(32,4)	
De 60 minutos a 120 minutos	17(29,8)	21(29,6)	
Mais de 120 minutos	8(14,0)	22(31,0)	
Recebe gratuitamente todos os medicamentos receitados			
Sim	38(66,6)	35(50,0)	0,020
Às vezes	14(24,6)	33(47,1)	
Não	5(8,8)	2(2,9)	

P-valor refere-se ao teste Qui-quadrado

DISCUSSÃO

A atenção à criança menor de um ano na rede básica está centralizada no acompanhamento do CD, que é realizado tanto pelo profissional médico como pelo enfermeiro, em consultas de rotina. O seguimento do calendário de consultas, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são indicadores da qualidade da atenção prestada à criança nos serviços de saúde⁸. Os resultados mostraram que a avaliação do peso e de outros parâmetros é um procedimento realizado sistematicamente na grande maioria dos atendimentos.

Dados semelhantes em relação à avaliação antropométrica foram encontrados em estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde, composta por sete Equipes de Saúde da Família na cidade de Maringá-PR, com crianças menores de um ano de idade, onde se observou que 100% dos prontuários tinham registros de peso e altura durante o atendimento primário, havendo uma diminuição nos registros de perímetro cefálico, torácico e circunferência abdominal⁹.

O contato da criança com o serviço de saúde, independentemente do fato ou queixa que o motivou, deve ser entendido como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde e de promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos⁷.

No processo de acompanhamento do CD, o preenchimento da CSC é fundamental. As informações das usuárias mostraram que a CSC vem sendo utilizada e preenchida pelos profissionais, sendo que o enfermeiro é quem mais a preenche e os médicos são os que menos completam a caderneta.

Os registros na CSC devem ser efetuados por todos os profissionais de saúde que assistem à criança, independentemente do nível de atenção oferecido pela unidade de saúde onde a mesma recebe o atendimento.

A CSC é um instrumento importante no acompanhamento da saúde de cada criança, pois contém informações sobre as condições de saúde no nascimento; gravidez, parto e puerpério; alimentação saudável; gráficos de perímetro cefálico por idade; espaço para anotações de peso e de estatura; orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal; prevenção de acidentes; o caminho esperado para o desenvolvimento global; espaço para anotações de intercorrências clínicas e tratamentos efetuados; suplementação profilática de ferro e de vitamina A, além do calendário básico de vacinação⁷.

Embora os profissionais dos diferentes cenários devam se responsabilizar pela verificação e preenchimento da CSC, é particularmente nas maternidades e nos serviços de atenção primária que o adequado manejo deste instrumento constitui-se em permanente desafio, por serem estes os locais onde grande parte das informações é gerada¹⁰.

A observação das CSC evidenciou que, em nossa realidade, os serviços ainda não registram informações básicas sobre o nascimento como Apgar, perímetro cefálico e estatura, que são fundamentais para o acompanhamento da criança nos primeiros anos de vida.

Um estudo realizado no município de Belo Horizonte – MG sobre a qualidade do preenchimento das CSC mostrou que apenas 17% delas não tinham informações sobre a idade gestacional, e o perímetro cefálico ao nascer estava registrado em 85,6% das CSC. Apenas 18,9% das CSC tinham pelo menos três anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança¹⁰.

A CSC, além de ser um direito da criança, quando efetivamente incorporada na rotina das UBS, pode se constituir em um instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada pela equipe de saúde.

Na atenção às crianças, especialmente as menores de um ano, a preservação da saúde está também na dependência de ações e cuidados que antecipem à manifestação de doenças, evidenciando, assim, a importância do controle do peso, estatura, vacinas, bem como da qualidade da alimentação¹¹.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da atenção integral à saúde da criança e perpassa todas as linhas de cuidados definidas pela Agenda de Compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil, constituindo-se um método simples, de baixo custo e de grande eficácia, em que todas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população infantil culminam efetivamente em crescimento e desenvolvimento saudável e redução da mortalidade infantil².

Estudo realizado no município de Montes Claros – MG sobre a qualidade do atendimento materno-infantil em diferentes modelos da atenção primária identificou que 75,8% das mães entrevistadas realizavam regularmente a puericultura nas USF, enquanto que, nas UBS tradicionais, apenas 59,1% faziam esse acompanhamento. Sobre a situação vacinal, 93,7% das crianças inscritas nas USF se encontravam com o calendário em dia e no Centro de Saúde, 95,3%. Sobre as orientações de prevenção de acidentes na infância, apenas 29,7% das entrevistadas das USF relataram ter recebido informações sobre a temática¹².

Na avaliação da qualidade dos cuidados recebidos, os usuários levam em consideração, além do desempenho técnico, atitudes como a compreensão, o acolhimento e a comunicação com os profissionais que os assistem¹³.

O atendimento e o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais no município de Cuiabá-MT foram considerados pelas entrevistadas, de forma geral, como bons. Quanto à comunicação entre profissionais e usuários, o estudo apontou que as mães e/ou responsáveis conseguem entender todos os assuntos discutidos durante as consultas, e que, além disso, elas têm oportunidade e se sentem à

vontade para verbalizarem suas dúvidas e preocupações relativas ao cuidado à criança.

A *comunicação* é um aspecto importante na satisfação dos usuários com relação à qualidade do serviço, pois quando eles recebem informações insuficientes sobre seu estado de saúde, isso gera insatisfação. Ao contrário, quando a natureza do tratamento é claramente explicada, a conscientização dos pacientes é elevada e eles são mais sensibilizados para os resultados esperados. Em particular, os pacientes esperam que médicos e enfermeiros os informem, claramente e de forma amigável, a respeito dos resultados laboratoriais, diagnósticos, prescrições, regimes de saúde, dentre outros¹⁴.

Esse aspecto foi reafirmado neste estudo, ao mostrar que a satisfação das mães e/ou responsáveis foi maior entre aquelas que receberam orientações sobre aspectos importantes da atenção à saúde da criança, bem como quando os profissionais – médicos ou enfermeiros – propiciavam espaço para sanar dúvidas sobre seus problemas e preocupações com a criança.

Ainda no que se refere às relações entre profissionais e usuários, os resultados apontam que a criança e a família ainda não são assistidas integralmente, pois alguns aspectos como: contexto socioeconômico, problemas familiares, quem realiza o cuidado da criança no domicílio, prevenção de acidentes e violência infantil, entre outros, são pouco abordados no atendimento individual à criança.

É preciso que a equipe de saúde considere as vulnerabilidades no contexto social em que a criança e sua família estão inseridas, podendo, desta forma, planejar e executar um cuidado integral à saúde, favorecendo a identificação e a construção de redes de apoio, o que pode até alterar as atitudes familiares em relação ao cuidado à saúde da criança, propiciando o alcance de resultados muito além do esperado pela equipe¹⁵.

A dimensão de resultado foi avaliada a partir dos indicadores de acessibilidade, acolhimento, resolutividade e o grau de satisfação das usuárias. Mesmo sabendo que os usuários têm dificuldades em avaliar os resultados do atendimento recebido, é fundamental conhecer a opinião das mães e/ou responsáveis sobre a assistência prestada aos seus filhos pelos profissionais, para que se possam oferecer subsídios para os serviços melhorarem a qualidade da atenção prestada.

Considerando que um número significativo de mães e/ou responsáveis referiram que já tiveram que procurar outra unidade de saúde para vacinar as crianças, que o MS recomenda que a UBS deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não perder oportunidades de vacinar toda a população, e que a vacinação é uma atividade prioritária no acompanhamento do CD infantil assegurada na Agenda², pôde-se supor que nem todas as crianças menores de um ano têm garantido seu direito à atenção à saúde no município.

A partir da percepção das usuárias, pôde-se perceber a falta de integralidade entre as ações e os serviços, no que diz respeito ao sistema de referência e contrarreferência. Observou-se que os serviços de saúde acessados não realizam a contrarreferência de forma efetiva, pois não entram em contato com a unidade e não enviam nenhum tipo de informação sobre o atendimento oferecido.

Para que se possa assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos aos equipamentos e a certos especialistas, nos vários níveis de assistência, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de *referência e contrarreferência*, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra, em geral, de níveis de atenção diferentes. Esse encaminhamento também pode ocorrer no mesmo nível de atenção. Uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contrarreferência) para a unidade de saúde de origem¹⁶.

Em estudo realizado nos serviços de AB, em capitais do Nordeste, os usuários relataram dificuldades no acesso a alguns serviços como a realização de exames especializados, marcação e recebimento de resultados, referência de consultas especializadas e encaminhamento para hospitais¹⁷.

A ausência de informações a respeito do tratamento recebido em outros serviços de saúde quando as crianças retornam às suas unidades de origem, mostra a falta de integração entre a AB e os serviços, favorecendo a descontinuidade de assistência à saúde da criança e dificultando a integralidade, que são princípios básicos do SUS.

O acesso deve ser considerado quando se discute a satisfação dos usuários com os serviços de saúde. Os usuários sentem-se satisfeitos com os serviços quando encontram médicos e enfermeiros disponíveis para o atendimento e quando conseguem ter acesso aos cuidados de saúde que necessitam¹⁴.

O acesso universal deve ser entendido como um direito de toda criança em receber assistência de saúde, e é responsabilidade das unidades acolher todos os que as procuram, propiciando escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação².

O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, tais como: a *acessibilidade geográfica*, que inclui o adequado planejamento da localização dos serviços de saúde, considerando a distância, o tempo necessário para acessar e os meios de transporte; a *acessibilidade econômica* abrange a remoção de barreiras derivadas do sistema ou contribuição pelo usuário, devendo estar ao seu alcance; a *acessibilidade cultural* refere-se à adequação de normas e técnicas aos hábitos e costumes da população; e a *acessibilidade funcional* compreende a oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população⁴.

As unidades de saúde estudadas têm boa acessibilidade geográfica, pois parte das usuárias consegue chegar a elas em até 10 minutos. Entretanto, uma parcela significativa leva mais de 20 minutos, o que pode interferir em sua satisfação com o serviço de saúde. A acessibilidade geográfica mostrou-se como

um indicador de qualidade do serviço de saúde no estudo realizado no Estado de São Paulo, quando a população aponta que estar geograficamente próximo à unidade é um fator positivo para sua satisfação¹⁸.

Quanto à acessibilidade funcional, que diz respeito ao tempo de espera para o atendimento, este estudo identificou que as usuárias aguardam um longo período, superando mais de duas horas, na opinião delas. O tempo de espera prolongado também foi identificado em estudo realizado em uma unidade básica de saúde de um município a noroeste do Estado de São Paulo, onde os usuários chegavam a esperar até 5 horas para receber atendimento¹⁸.

Em algumas UBS tradicionais de municípios do Nordeste brasileiro, o agendamento para atendimento é realizado, por vezes, durante a madrugada e nas USF o agendamento é de responsabilidade do ACS, sem a necessidade de filas. No entanto, nos dois casos, a consulta é realizada por ordem de chegada, sem priorização de risco, ocasionando limitações do acesso e insatisfação por parte dos usuários¹⁷.

A associação entre a satisfação das mães e/ou acompanhantes e o recebimento gratuito de todos os medicamentos receitados nas consultas encontradas nesse estudo pode ser considerada como tendo um resultado esperado, já que este é um problema estrutural do sistema público de saúde do país. Dados semelhantes foram identificados em um estudo que avaliou o desempenho de módulos de saúde da família na atenção à criança, em relação à organização da porta de entrada ao sistema de agendamento de consultas, a qualidade e o acesso a serviços de laboratório e outros meios diagnósticos. O estudo foi realizado em uma USF do município de Teresópolis -RJ por meio da percepção e das informações prestadas pelos responsáveis por crianças de 0 a 5 anos que utilizavam o serviço, sendo que 44,3% dos entrevistados relataram receber gratuitamente os medicamentos prescritos na consulta à criança¹⁹.

As usuárias deste estudo informaram que a atenção oferecida pelas unidades é regular. Por outro lado, o grau de satisfação com o atendimento dos profissionais foi bom. Estudo que avaliou a qualidade da atenção à saúde de crianças de 0 a 5 anos, no Programa de Saúde da Família em Teresópolis (RJ), na perspectiva dos usuários, evidenciou um nível de satisfação elevado com o atendimento prestado pelos profissionais¹⁹.

Sendo este um estudo de avaliação, as possibilidades de abordagem são inúmeras, e a depender da escolha que se faça, os resultados podem mostrar somente um ângulo da questão. O uso somente do questionário para apreender a satisfação das usuárias com a atenção prestada à criança na AB, apesar de possibilitar uma avaliação rápida, pode ser considerado uma limitação, já que as dimensões de processo e resultado poderiam ser mais bem aprofundadas com a associação de outras técnicas, como a observação direta e a consulta aos prontuários. Entretanto, este estudo possibilitou um diagnóstico de como se encontra conformada a atenção

voltada para a saúde da criança menor de um ano no município de Cuiabá-MT, e poderá subsidiar a proposição de ações que visem à melhoria da qualidade da assistência para esta população, elevando, assim, o grau de satisfação de mães/responsáveis.

CONCLUSÃO

O grau de satisfação das mães e/ou responsáveis com a atenção prestada pela rede básica de saúde à criança menor de um ano foi considerado satisfatório e, associou-se às orientações recebidas sobre prevenção de acidentes e violência e problemas respiratórios, à existência de um espaço para discutir preocupações sobre a criança durante a consulta e ao recebimento gratuito de medicamentos.

No que se refere ao acompanhamento do CD, as usuárias apontaram a não realização de cuidados básicos como a verificação de alguns parâmetros antropométricos, o que pode prejudicar a avaliação da criança. A CSC, como instrumento de vigilância à saúde infantil, ainda não é utilizada por todos os profissionais da AB.

Os dados apresentados apontam que atributos como referência e contrarreferência merecem uma maior atenção e prioridade por parte dos gestores locais, garantindo o direito que a criança tem a um atendimento integral, resolutivo e de qualidade.

Para garantir a satisfação do usuário com a atenção prestada à criança pelos serviços de saúde, é preciso melhorar a acessibilidade ao atendimento geral oferecido pelas unidades, com atenção especial à recepção, que é responsável também pelo acolhimento do usuário na unidade. Esses elementos podem gerar descontinuidade na atenção e insatisfação por parte dos usuários.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão ser aplicados na prática e subsidiar a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança menor de um ano nas unidades básicas de saúde, tendo como suporte uma nova concepção de avaliação que toma a opinião dos usuários como elemento primordial para a avaliação dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Erdmann AL, Souza FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*. 2009; 33(2): 150-60.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série normas e manuais técnicos. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Brasília (DF); 2005.

3. Cuiabá. Relatório de Gestão 2008, SUS. Cuiabá (MT): Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; 2009.
4. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. 11. reim. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan S.A; 2007.
5. Tronchin DMR, Melleiro M. M; Tsunechiro, M. A; Gualda, D. M. R. O olhar dos usuários de um hospital de ensino: uma análise da qualidade assistencial às gestantes e aos recém-nascidos. *Texto & contexto enferm.* 2006 jul-set; 15(3): 401-8.
6. Donabedian A. La calidad de La atención médica: Definición y métodos de evaluación. Traducción de Carolina Amor de Fournier. Revisión técnica de Júlío Frenk. Ediciones científicas. 1ª reimpresión. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V; 1991. cap. 3.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF): MS; 2005.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): MS; 2002.
9. Barboza CL, Barreto MS, Marcon SS. Records of childcare in primary care: descriptive study. *Online braz. j. nurs.* (Online). 2012 Aug [cited 2012 sep 03]; 11(2): 359-75 Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3687>>.
10. Alves CRL, Laura MLBFL, Lúcia MHFG, Cristina GA, Gustavo VRM, Maria RAV, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad. saúde pública.* 2009 mar; 25(3): 583-95.
11. Lima IMSO, Alves VS, Franco ALS. A consulta médica no contexto do PSF e o direito da criança. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2007; 17(3): 84-94.
12. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. 2010 out; 15 (Supl. 2): 3139-47.
13. Ramos, D. D; Lima, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2003 jan-fev; 19(1): 27-34.
14. Andaleeb SS, Siddiqui N, Khandakar S. Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning* [periódico na internet]. 2007; [citado 2010 dez 14]; 22: 263–73 [aprox. 11 telas]. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/22/4/263.full.pdf+html>>.
15. Pedroso MLR, Motta MGC. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2010 abr-jun; 14(2): 293-300.
16. Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV(org). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade.* ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. [citado 2010 dez 13] 28-42 [aprox. 6 telas]. Disponível em: <<http://gices-sc.org/IntegralidadeAtencaoBasicaNarvai.pdf>>.
17. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. saúde pública.* 2008; 24(Sup 1): S100-S10.
18. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface comun. saúde educ.* 2007 set/dez; 11(23): 515-29.
19. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 mar; 15 (2): 517-27.

NOTA

^aDissertação de Mestrado intitulada: “Qualidade da atenção à saúde da criança menor de um ano na rede básica do município de Cuiabá – MT: perspectiva de mães/responsáveis e profissionais de saúde”, apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá – MT, Brasil. Pesquisa financiada pelas pesquisadoras