

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO*

Maristela Pina dos Santos¹

RESUMO: Este trabalho utiliza abordagem qualitativa, e visa identificar critérios de avaliação dos serviços de saúde sob a ótica do usuário, ao tempo em que avalia o desenvolvimentos do Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC), que normaliza as ações de atenção à criança na rede básica de serviços de saúde. Os dados foram obtidos através dos responsáveis por crianças matriculadas, em outubro de 1992, em quatro unidades do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho, em Salvador-Bahia. Através do processo simultâneo de coleta e análise, utilizando a técnica da análise de conteúdo, foi possível classificar a avaliação em cinco categorias: *motivando a ida ao serviço; tendo expectativas; "escolhendo" um serviço de saúde; avaliando o serviço utilizado; e sugerindo melhoras*. Os critérios de avaliação identificados estão mais relacionados a: acesso, relação interpessoal; resultado e continuidade da atenção, que possui graus de valor distintos, conforme os motivos que os levaram a buscar o serviço. Os resultados da avaliação mostram que o modelo clínico de assistência e a forma de organização dos serviços não contribuem para alcançar totalmente os objetivos do PAISC, gerando dificuldade de acesso e resultados insatisfatórios, por causa das dificuldades de recursos materiais, coordenação e continuidade do cuidado.

UNITERMOS: Avaliação de programas - Qualidade do cuidado de saúde - Cuidado da criança - Usuário

1. INTRODUÇÃO

A análise de avaliação dos serviços de saúde sob a ótica do usuários, requer necessariamente uma discussão sobre qualidade em serviço de saúde, não só por que o tema "avaliação" é recente, como principalmente, o tema "qualidade" é mais recente ainda.

Qualquer estudo sobre avaliação de serviço, traz no seu cume a análise de critérios de qualidade. Existem alguns autores como DONABEDIAN⁽⁶⁾, VUORI⁽²⁰⁾, NOGUEIRA^(12,13), que vêm desenvolvendo estudos a respeito, porém, hoje, o tema qualidade (controle de qualidade, gestão de qualidade, garantia de qualidade) passa a ser questão de sobrevivência no setor de produção de bens, como de serviços, face à reorganização da economia internacional (competição, novas

exigências), limitados recursos e custos elevados, assim como a necessidade de cada vez mais satisfazer o consumidor.

A satisfação do usuário deve ser objetivo final de todo o serviço e a busca do alcance desse objetivo deve fazer parte de uma avaliação permanente, em que os usuários falem sobre suas expectativas em relação ao serviço, e quais têm sido os resultados. Creemos que a questão da satisfação é um elemento importante da avaliação da qualidade e uma meta a ser alcançada. Portanto deve ser pesquisada a fim de contribuir para o processo de reestruturação do sistema brasileiro de saúde: *"la medición de la satisfacción es, por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planificación"* (Donabedian, citado por OLIVEIRA).^(14, p.10)

Assim, a opção por este estudo visa

* Trabalho apresentado como Tema Livre no I Encontro Internacional de Enfermagem dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Salvador, 17 a 20 de abril de 1995.

¹ Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da UFBA.

compreender o melhor mundo dos sujeitos/usuários, ao tempo em que tenta ilustrar, através da comprovação, os estudos desenvolvidos nessa área.

A direção da avaliação para o serviço de atenção à saúde da criança envolve o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), normalizado pelo Ministério da Saúde e implantado nos serviços públicos de saúde desde 1984.

Desta forma, o objetivo desse trabalho é avaliar a qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a perspectiva do usuário. Nosso interesse central é identificar, no ideário do usuário, como ele percebe o desenvolvimento das ações do PAISC no Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho em Salvador-Ba, buscando levantar os aspectos que mais contribuem para sua satisfação/insatisfação.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE QUALIDADE

Esta questão surgiu na indústria, na década de 30, quando foi desenvolvido um modelo de controle de qualidade baseado na inspeção. Este método foi aperfeiçoado posteriormente por Deming e introduzido no Japão após a Segunda Grande Guerra.

Mais tarde, as exigências do mercado competitivo levaram as empresas a buscar um modelo de gestão de qualidade, capaz de produzir com qualidade e custos reduzidos, enfatizando a satisfação do consumidor, e que viria substituir o então modelo *taylorista*, que ergue enormes obstáculos ao alcance destes objetivos, uma vez que o planejamento, neste modelo, está distanciado da produção, a supervisão funciona como fiscalização e os trabalhadores realizam tarefas parciais e fragmentadas, não sendo estimulados a participar.

Uma das vantagens do modelo de gestão de qualidade, conforme nos chama atenção NOGUEIRA⁽¹²⁾, é o de colocar, em primeiro plano, os componentes subjetivos de um produto que lhe confirmam qualidade. As deficiências do produto detectadas pelos dados estatísticos, nesse modelo, funcionam como instrumentos educativos para trabalhadores, técnicos e gerentes, e não apenas como instrumento punitivo, como ocorria anteriormente.

Esse modelo foi introduzido no Brasil, no setor industrial, na década de 70 e vem sendo

denominado Controle de Qualidade Total (CQT). Diferencia-se dos modelos tradicionais por ser flexível, descentralizado, permitindo a participação dos trabalhadores em todas as etapas da gestão, e conferindo a participação nos lucros da empresa. A gestão de qualidade advém da eliminação do autoritarismo e da inspeção inibidora.

Os efeitos do modelo de gestão da qualidade em relação ao aumento da produtividade vêm sendo observados, embora numa perspectiva a longo prazo, uma vez que a implantação de um programa de qualidade valoriza os recursos humanos da empresa, e estes sentem-se mais entusiasmados para realização de suas tarefas. Em resumo, verifica-se um aumento da motivação no trabalho, conseqüentemente ocorrendo o aumento da produtividade.

Em relação aos serviços e, mais especificamente, aos serviços de saúde, a discussão sobre qualidade tem como marco os estudos de DONABEDIAN⁽⁶⁾ e VUORI⁽²⁰⁾, e no Brasil, os estudos de NOGUEIRA^(12, 13)

A preocupação pela qualidade nos serviços de saúde data de algum tempo, embora estivesse mais ligada à qualidade do cuidado médico, principalmente porque o modelo de assistência vigente está centrado na clínica.

Hoje, com a expansão do capitalismo, cada vez mais os serviços estão empenhados em atender às exigências do usuário, a fim de minimizar os problemas de concorrência. Em relação à saúde, uma boa parte dos serviços não é movida pela busca do lucro, o mercado funciona com baixo nível de competitividade e, portanto, os programas de qualidade estão ausentes nessa área, ou estão voltados para quantificar, através de indicadores, aspectos da qualidade mais relacionados à eficiência e eficácia dos serviços do que, propriamente, à qualidade total.

Por outro lado, a produção de serviços de saúde é executada por um grupo heterogêneo de agentes, com qualificações e interesse diversos, que impedem a construção de um espírito de equipe e o orgulho quanto à qualidade do serviço prestado, devido à falta de compreensão e mesmo clareza do resultado final do processo de trabalho. É necessário por em destaque a utilidade de cada função na operacionalização do trabalho em saúde, e identificar seus efeitos na qualidade dos resultados. Quando o cuidado é oferecido por vários prestadores, a qualidade deve refletir os seus diferentes papéis desempenhados, valores,

objetivos e tecnologias, devendo-se dar maior ênfase à acessibilidade, continuidade e coordenação do cuidado.

No processo de produção, um produto manufaturado, ou um serviço, passa por dois momentos que se fazem necessários até que ele chegue ao consumidor ou usuário: o *suporte* - que são os aparatos e a matéria bruta; e a *interface* - onde ocorre a interação com o cliente⁽¹⁶⁾. Tanto TEBoul⁽¹⁶⁾ como NOGUEIRA⁽¹²⁾, chamam atenção para o fato de que a produção de um serviço diferencia-se de um produto manufaturado, pela interação direta entre o cliente e o serviço, ou seja, existe uma interposição entre produção do serviço e consumo, colocando o usuário dentro do processo de produção. Assim, a analogia do serviço com a indústria não é totalmente perfeita, uma vez que, na indústria, a matéria-prima é bastante homogênea, enquanto nos serviços a matéria-prima, os usuários, não são homogêneos, exigindo processos diferentes que levam a resultados diferentes. Quanto mais complexo é o produto, maior necessidade de controle de qualidade⁽¹⁶⁾.

A participação do usuário no processo de produção dos serviços, vem exigindo medidas de garantia de qualidade que permitam diminuir as dificuldades específicas do setor.

2.1. Definição de qualidade em saúde

A primeira tentativa de definir qualidade foi feita por Lee e Jones, quando eles baseados em seus "artigos de fé", afirmaram que a boa assistência médica é aquele tipo de medicina praticada e ensinada pelos líderes reconhecidos da profissão médica, num momento dado, ou num período de desenvolvimento social, cultural e profissional de uma comunidade, ou grupo populacional.

A partir da década de 50, muitos estudos começaram a ser feitos, buscando entender qualidade como um requisito necessário aos serviços de saúde. DONABEDIAN⁽⁶⁾, um dos pioneiros no estudo deste tema, levanta uma série de questões sobre os elementos que compõem a qualidade. Para ele, a qualidade implica qualidade técnico-científica e a qualidade na inter-relação. Mais recentemente, ele acrescenta a questão da satisfação do usuário como elemento importante na definição de qualidade.

Além disso, ele vê a qualidade como atributo do

cuidado médico, que não pode ser desvinculada da questão custo/benefício. A qualidade, segundo esse autor, pode ser definida como: *absolutista*, quando os profissionais determinamos procedimentos necessários a uma boa qualidade; *individualizada*, quando o julgamento da qualidade considera os desejos, expectativas, avaliações e meios dos pacientes; e *social*, quando, além dos requisitos da individualizada, considera a sua distribuição.

Segundo VUORI⁽²⁰⁾, existem duas formas de definir qualidade dos serviços de saúde: a qualidade lógica, que se refere à eficiência com a qual a informação é usada na tomada de decisões; e a qualidade ótima, em que se toma significativa a otimização dos serviços de saúde, considerando os custos e os benefícios obtidos. Portanto, o nível de qualidade alcança seu máximo quando os benefícios são maiores que os custos.

Os elementos da qualidade dos serviços de saúde, segundo VUORI⁽²¹⁾, são: *Efetividade*: a relação entre o impacto real com seu impacto potencial numa situação ideal. *Eficácia*: ser capaz de produzir o efeito desejado. *Eficiência*: a relação entre o impacto real e os custos da produção. *Equidade*: distribuição do serviço de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população. *Aceitabilidade*: o fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial. *Acessibilidade*: a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. *Adequação*: o suprimento de número suficiente em relação às necessidades e à demanda. *Qualidade Científico-Técnica*: o nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia.

Estes elementos são mais ou menos explorados, conforme quem esteja definindo qualidade. Em cada sistema de saúde, podemos distribuir quatro grupos interessados: os usuários, os profissionais, os administradores e os gestores. A eficácia e a eficiência são atributos da qualidade mais ligados aos interesses dos administradores, uma vez que envolvem custos. Por outro lado, o prestador está mais interessado na qualidade técnico-científica, enquanto, para os usuários, a qualidade do serviço diz respeito à adequação e aceitação.

Em resumo, quando se fala de qualidade, segundo VUORI⁽²¹⁾, é preciso especificar os aspectos da qualidade, definida por quem e para quem. "Assim, no contexto da atenção à saúde, o conceito de qualidade tem por limite o nível de

2.2 Avaliação de qualidade em saúde

A avaliação pode ter diferentes objetivos conforme o nível em que ocorre, se político, técnico-administrativo ou técnico-operacional.

DONNABEDIAN⁽⁶⁾ sintetizou as abordagens avaliativas na tríade estrutura, processo e resultado: a estrutura diz respeito aos recursos de organização administrativa das instituições, recursos físicos e humanos, equipamentos e insumos; o processo se refere às atividades de diagnóstico e tratamento, assim como às atividades de prevenção; e o resultado corresponde ao resultado do processo, concluindo a satisfação do usuário.

Entender a produção do serviço de saúde de forma interligada em estrutura, processo e resultado, conforme a classificação de Donabedian, tem possibilitado identificar os aspectos considerados críticos no processo de avaliação. A abordagem que busca avaliar resultado é aquela que inicialmente parece ser a mais fácil, por isso tem sido preocupação, na medida que tentamos identificar a resultante final do serviço prestado. Contudo, tem-se utilizado indicadores negativos (morbidade, mortalidade), e não indicadores positivos, que indiquem melhoria da qualidade de vida.

É nessa abordagem que se tem buscado avaliar a satisfação do usuário, como se este só pudesse identificar este momento, como no caso da produção de bens, porém a interface existente entre usuário e prestador de serviços de saúde indica que a participação do usuário no processo de avaliação deve ser contínua. No entanto, mesmo se tratando de avaliação de resultado, o aspecto da satisfação tem sido de difícil mensuração.

Para avaliar um serviço de saúde, é necessário saber se ele está projetado para atender a um paciente ou a uma população. Quando o programa atende a uma população, a qualidade deve enfatizar não somente os benefícios oferecidos mas, sobretudo, a sua distribuição social, considerando os atributos: acessibilidade, coordenação e continuidade. Estes atributos podem ser avaliados pelos usuários que mantêm uma relação direta com os serviços, em busca de resolução de seus problemas de saúde.

A avaliação de programa, conforme DONNABEDIAN⁽⁶⁾, deve responder também pelo desempenho das subunidades organizacionais, cuja função é suprir, apoiar, facilitar e potencializar as atividades das unidades e do pessoal que proporciona cuidados de saúde diretamente aos usuários. O sucesso, ou o fracasso, é feito de momentos de verdade que cada usuário vivencia, e que difere de acordo com características individuais, sócio-econômicas e culturais, o tipo de instituição onde são tratados, a qualidade do serviço que recebeu e o tipo de agravo.

Essa discussão demonstra que *“melhor cuidado para todos”* não existe. Embora a distribuição da qualidade possa ser pressionada para alcançar um equilíbrio, sempre haverá alguma variação a depender de quem avalia.

A satisfação é um importante componente da qualidade do cuidado, por isso muitos serviços já estão reconhecendo e considerando-a como um objetivo a ser alcançado. A busca da qualidade requer satisfação tanto dos administradores, dos prestadores, como dos usuários, com vistas a atender a suas expectativas. A medida da satisfação é, portanto, um instrumento relevante para a administração e o planejamento, além de possuir um importante papel na interação entre o prestador e o usuário, à medida que sua satisfação é um julgamento sobre a qualidade do cuidado prestado. Ela é a melhor representação de certos componentes da qualidade, isto é, aqueles que dizem respeito às expectativas dos usuários, quanto aos seus aspectos relacionados à rede de serviços.

2.3. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança e o usuário

A forma como se dá a organização dos serviços de saúde no Brasil, privilegiando ações de caráter curativo, centrada nos hospitais e no ato médico, tem elevado sobremaneira os custos no setor, sem grandes repercussões na qualidade de vida da população.

Em se tratando de serviços públicos de saúde da rede básica, prestados na maioria das vezes à população de baixa renda, o Estado tem normalizado através de programas que incorporam metodologias simplificadas de baixo custo, muito embora permaneçam centradas no modelo clínico de assistência, o que não tem causado grande

impacto na solução dos problemas de saúde da população.

Na década de 80, o modelo de desenvolvimento econômico adotado não criou mecanismos para melhorar a situação em que vivia a população, afetando principalmente às crianças e adolescentes. O perfil epidemiológico, nessa época, mostrava que de cada 1000 crianças nascidas vivas, 87 morriam antes de completar 1 ano de idade. *“A desnutrição e a infecção atuando freqüentemente de modo simultâneo e sinérgico respondiam por mais da metade dos óbitos infantis”*^(3, p 7). A esse quadro, somava-se o deterioramento crescente do poder aquisitivo da grande maioria da população, agravando as condições de moradia e alimentação.

Esta combinação entre estagnação econômica e piora na distribuição de renda era grave, principalmente quando se consideravam os níveis de pobreza já existentes no país, e trouxe grandes conseqüências aos grupos populacionais.

Esse quadro se fez sentir também na Bahia, com o agravante deste estado estar localizado no Nordeste brasileiro, onde a desigualdade na distribuição de renda e serviços se faz mais presente, segundo dados da UNICEF^(17, 18) e de SZWARCOWALD et al.⁽¹⁵⁾.

Crescem, assim, as pressões sociais, obrigando o Governo a adotar diversas medidas, principalmente na área de saúde, para minorar o problema da morbi-mortalidade infantil. Foi proposto, entre elas, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)⁽³⁾, cujo objetivo é reduzir a morbi-mortalidade de crianças na faixa etária de 0-5 anos.

As ações propostas pelo PAISC visavam intervir nos processos patológicos específicos dessa faixa etária, priorizando aqueles cuja morbidade é possível evitar ou controlar. Assim, elas são: a Terapia de Reidratação Oral (TRO), que visa o controle de diarreias; o Controle de Infecção Respiratória Aguda (IRA) e Imunização Básica. Outras ações de características mais gerais são: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, e o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, sendo este adotado como metodologia capaz de integrar as ações básicas do programa.

Para que as ações do PAISC possam ser desenvolvidas a nível de assistência primária, os serviços deverão desenvolver: um sistema de captação precoce da população infantil; conjunto

de fichase/ou prontuários para o acompanhamento das crianças nos serviços da rede básica de saúde; calendário mínimo de atendimento às crianças nos primeiros 5 anos; conteúdo padronizado para as atividades de Imunização, Incentivo ao Aleitamento Materno, Controle de Doenças Diarreicas, Assistências às IRAs e Recuperação Nutricional.

O PAISC foi aprovado em 1984 e, a partir desse momento, os serviços de saúde da criança na rede básica vêm buscando seguir a normalização definida, muito embora de forma gradativa e diferenciada, a depender de vários fatores.

A avaliação do programa de saúde infantil tem sido fruto de alguns estudos, que identificaram determinantes no desenvolvimento do mesmo. Seus insucessos têm sido atribuídos, pelos administradores, a fatores ambientais adversos, incompetência da mãe e condições sócio-econômicas desfavoráveis. Porém, os verdadeiros obstáculos à sua execução são de natureza ideológica, política e econômica.

Na prática cotidiana de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais. Portanto, as tentativas de avaliação dos serviços de saúde têm enfatizado os aspectos da eficiência e eficácia de algumas ações específicas, o que tem possibilitado ajustes no programa, muito embora não responda pela qualidade total.

As avaliações de resultados, que medem o impacto das ações, têm-se baseado em informações deficientes, ou seja, desatualizadas e sub-registradas. Ainda assim, os resultados mostram deficiências no setor, necessitando de uma coleta de informações de forma mais regular e sistematizada, para que aumente, convenientemente, a probabilidade de seu uso para produção de avaliações que representem a realidade de saúde da população.

A análise da satisfação do usuário do setor saúde na área pública, não tem sido preocupação dos administradores, embora na área privada já exista essa preocupação, face à competição instalada, principalmente, quando se trata de unidades abertas, onde a captação da clientela se faz presente.

Quanto à proteção ao consumidor, observa-se que, pela primeira vez esta aparece na Constituição Federal, sendo criado o Código de Defesa do

Consumidor (Lei nº 8.078/1990⁹), em vigor desde março de 1991, incluindo entre seus direitos básicos: proteção da vida e da saúde, educação para o consumo, escolha de produtos e serviços, informação correta, proteção contra publicidade incorreta e abusiva, proteção contratual, acesso à justiça, facilidade de defesa de seus direitos e qualidade dos serviços públicos.⁽⁹⁾

Além disso, o Estatuto da Criança e Adolescente⁽⁴⁾ vem reforçar os direitos destes grupos etários, o que na nossa ótica cria também instrumentos legais capazes de fazer valer o direito de acesso à serviços de saúde com garantia de qualidade. Muito embora existam, do ponto de vista legal, instrumentos que definem os direitos do consumidor, no caso presente do usuário, faz-se necessário considerar que somente a organização da sociedade civil poderá possibilitar a transformação de tais direitos em realidade.

3. METODOLOGIA

Considerando que o objeto deste estudo se circunscreve ao âmbito das idéias, e que, para identificar a opinião do usuário, é necessário buscar no seu ideário suas aspirações em relação aos serviços, buscou-se uma abordagem metodológica mais adequada, que possibilitasse obter suas informações, optando-se assim pela pesquisa qualitativa. Essa abordagem não se preocupa quantificar como afirma MINAYO^(11, p.11):

...mas de lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida através do cotidiano da vivência, e da explicação do senso comum.

Apesar da crescente utilização das abordagens qualitativas, ainda há dúvidas sobre o que realmente caracteriza uma pesquisa qualitativa, além da questão do rigor metodológico. Segundo Bogdan e Biklen, citado por LÜDKE & ANDRÉ^(10, p.15), a pesquisa qualitativa "envolve obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes". A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

Dentre os métodos qualitativos, a opção pelo enfoque histórico-estrutural deve-se ao fato de ser um método que permite não só a descrição do

fenômeno como também sua explicação, a partir do entendimento de que "o conhecimento é totalizante e a atividade humana, em geral, é um processo de totalização que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada"^(8, p.36). Assim, no caso específico da avaliação do serviço, a forma de perceber todos os aspectos que compõem a avaliação de qualidade é parte de um todo, que implica em concepções do processo saúde-doença; concepções de necessidades de saúde e de serviços de saúde; concepções de qualidade, que são produzidas histórica e socialmente.

3.1 Quadro e cenário

Trata-se de um trabalho de avaliação dos serviços prestados nas unidades da rede básica de saúde e, por isso, optou-se pelo espaço do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho, no Município de Salvador-Ba, por se constituir, historicamente, num campo de prática por excelência do curso de enfermagem, e principalmente de disciplinas às quais a autora já esteve vinculada enquanto docente.

Esse distrito abrange uma área que vai do Campo Grande até a Pituba e parte do Itaigara, localizando-se no quadrante sul da cidade do Salvador. De acordo com os dados fornecidos pela gerência do distrito, a população geral descrita no censo de 1991 era de 324.968 habitantes, sendo 54.079 correspondentes a crianças menores de 5 anos de idade. Essa população é bastante heterogênea do ponto de vista sócio-econômico, vivendo em assentamentos desordenados em áreas planas e encostas, principalmente a população de baixa renda. Dessa população, 47,3% percebem até 3 salários mínimos. Nas áreas onde predominam as classes médias e alta, observa-se uma ocupação e uma distribuição de renda mais ordenada.

O perfil epidemiológico do Distrito aponta como áreas de maior risco às doenças, aquelas onde prevalece a população de baixa renda, como Nordeste de Amaralina, Engenho Velho da Federação e Vasco da Gama. As doenças de maior ocorrência foram as doenças de veiculação hídrica e as doenças sexualmente transmissíveis. Dentre as primeiras, a diarreia é a de maior prevalência (62%), entre as crianças menores de 1 ano de idade, em decorrência dos baixos índices de esgotamento sanitário associados às baixas condições sócio-econômicas⁽⁵⁾. Para atender às

necessidades de saúde dessa população, o Distrito dispõe de serviços públicos de âmbito municipal, estadual e federal, além de outros, clínicas e hospitais de caráter privado.

Dentre as unidades de saúde do Distrito, apenas sete desenvolvem algumas ações de saúde preconizadas pelo PAISC, e destas, quatro tiveram atendimento sistematizado no período estipulado para coleta de dados. Assim, as unidades que fizeram parte deste estudo foram o 1º Centro de Saúde, 9º Centro de Saúde, 15º Centro de Saúde e o III Cento de Ações Especializadas (III CAE).

3.2 Sujeitos

Os usuários dos serviços de atenção à saúde da criança não se restringem à criança, mas também, a sua mãe, seu pai, sua avó, ou adulto reponsável, uma vez que o atendimento compreende ações de orientação sobre o quê, como e para quê cuidar, tornando-se assim o elemento visado na avaliação do serviço.

Dada a dificuldade em se avaliar as falas diretamente das crianças usuárias dos serviços de saúde, buscou-se entrevistar o adulto responsável por elas, capaz de fornecer as informações necessárias.

Assim, a população deste estudo foi constituída de dez responsáveis pelas crianças menores de 1 ano, matriculadas em outubro de 1992 no Serviço de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de quatro das sete unidades do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho. A escolha desse mês foi devida à previsão da coleta de dados para se iniciar em novembro de 1993, tendo desse modo transcorrido um período de um ano de matrícula, o que possibilitaria à criança ser atendida pelo menos seis vezes, como está previsto no PAISC, e assim, os informantes estarem mais aptos a fazer uma avaliação do serviços prestados.

Das crianças matriculadas nesse período (num total de 78), foi realizada visita a 48 domicílios, dos quais 10 foram localizados e os responsáveis aceitaram participar do estudo.

3.3. Intervenção do cenário

Tendo sido escolhida a pesquisa qualitativa como abordagem capaz de captar a realidade, a técnica da entrevista foi utilizada na coleta dos dados, pois através dela podem ser obtidos dados que se referem diretamente ao indivíduo

entrevistado, isto é, "*suas atitudes, valores e opiniões*"^(11, p.108)

Para estruturação da entrevista, foi elaborado um instrumento com questões abertas e testadas com sete usuários num serviço da rede básica. A partir das respostas a este primeiro instrumento, foi formulada uma questão única aberta, tendo como diretrizes para a conversa um roteiro, cujos itens surgiram desta entrevista inicial. Além disso, as respostas também foram sendo orientadas para algumas categorias já definidas no marco teórico sobre avaliação como: acessibilidade; aceitabilidade; adequação e satisfação do usuário. A entrevista iniciou com a questão "*o que levou a criança ao serviço de saúde da rede básica e como foi sua experiência?*".

Para maior rigor, as falas foram gravadas e as entrevistas foram realizadas pela própria autora nos domicílios. O espaço domiciliar foi escolhido considerando que nele se processam as vivências da população, e é o onde ocorre a partilha de valores, experiências e crenças, obtendo-se um valor essencial para as pessoas alcançarem uma compreensão mais clara de suas atividades.

3.4 Coleta e tratamento

A coleta foi realizada em três etapas: a primeira, constituiu do levantamento em arquivo das crianças matriculadas em outubro de 1992, nas quatro unidades selecionadas; a segunda etapa foi a realização das entrevistas gravadas em domicílio, que foram realizadas pela própria autora. Em seguida, os dados foram analisados e sentiu-se a necessidade de buscar sua confirmação; assim, a terceira etapa se constituiu na volta aos dez domicílios, para obtenção de alguns dados julgados importantes, e para confirmação dos significados dados pela autora às falas dos informantes. O período de coleta e análise, que foram realizadas simultaneamente, durou sete meses.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que consiste em quebrar o texto em frases de conteúdo signficante, em seguida sendo atribuídos códigos que, após serem agrupados, deram origem às categorias.⁽²⁾

Após a codificação de todas as entrevistas, agruparam-se os códigos de significados similares, surgindo então as primeiras categorias, que eram denominadas utilizando-se termos que explicassem o fenômeno.

Em seguida a essa primeira classificação, as categorias que expressavam idéias semelhantes foram agrupadas, dando origem a categorias maiores.

Dessa forma, procedemos com todas as entrevistas e identificamos 5 grandes categorias: *motivando a ida ao serviço; tendo expectativas; "escolhendo" um serviço de saúde; avaliando a qualidade do serviço utilizado e sugerindo melhoras.*

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a trajetória metodológica do estudo, traçada em busca dos significados e das vivências dos usuários nos serviços públicos de atenção à saúde da criança, os dados obtidos permitiram uma melhor compreensão do fenômeno da avaliação na perspectiva do usuário.

Esta perspectiva pressupõe a retomada dos significados do processo saúde - doença, das necessidades de saúde sentidas, necessidades de serviços de saúde, organização dos serviços de saúde e participação popular. As categorias identificadas equivalem-se às apresentadas por DONABEDIAN⁽⁷⁾, que são: *motivando a ida ao serviço; tendo expectativas; "escolhendo" um serviço de saúde; avaliando a qualidade do serviço utilizado e sugerindo melhoras.*

Na categoria *motivando a ida ao serviço*, observamos uma relação direta entre a busca do serviço, e a percepção do usuário do processo saúde e doença. Nesse sentido, foram identificados dois motivos que levaram os usuários a buscarem um serviço de saúde: para assistência a nível preventivo, que ocorreu em menor escala; e para assistência a nível curativo, que se constituiu no motivo determinante da sua ida ao serviço. Portanto, a preocupação frente às doenças que atingem seus filhos tem determinado a maior procura de atenção, principalmente quando a criança apresenta febre, que se constitui no sintoma mais claro da doença.

Assim, a relação de uso que se estabelece com o serviço de saúde, tanto é para as atividades preventivas como curativas. A prioridade por estas últimas evidencia que o processo patológico vem revestido de uma certa urgência, obrigando os usuários a transporem obstáculos, que em outras circunstâncias, seriam impeditivos.

Na categoria *tendo expectativas*, observou-se

que as expectativas dos usuários estão relacionadas com as experiências anteriores. Nesta categoria, encontramos quatro componentes que geram expectativas: *precisando atenção; esperando sucesso; precisando de outros serviços e higiene do ambiente.*

Em relação ao componente *precisando atenção*, observamos que os usuários que buscam os serviços preventivos expressaram suas expectativas mais relacionadas à relação interpessoal, possivelmente por não terem possibilidade de medir resultados imediatos. Os que procuram os serviços por motivo de doença, além da relação interpessoal, esperam também eficácia do serviço.

Na categoria *"escolhendo" um serviço*, os usuários apontam suas condições sócio-econômicas como fator determinante da escolha do serviço público. Ou seja, dentre os serviços institucionalizados disponíveis a esta classe social, só existem, em sua maioria, serviços públicos, que deveriam se constituir na porta de entrada do Sistema de Saúde, e que na verdade se constituem na única forma de atenção disponível. Neste caso a *"escolha"* do serviço recai na facilidade de acesso e no atendimento, que se refere à relação interpessoal. Esse atendimento é avaliado a partir de experiências anteriores, que servem de parâmetro de avaliação no momento da escolha.

Além do acesso e das referências, o que geralmente é marcado pelas exposições anteriores, a escolha do serviço recai também sobre as facilidades ou vantagens que este possa lhe oferecer, o que reflete o nível de carência da população usuária dos serviços públicos de saúde, assim como a percepção do modelo de prática médica vigente na atualidade, ou seja, voltada mais para a doença, assumindo a medicação portanto, um papel relevante nesse modelo.

Alguns usuários referiram que, havendo melhores condições financeiras, procurariam ainda o serviço público, afirmando que, tanto no público quanto no privado, o cuidado médico é semelhante, o que muda é o acesso, pois no privado há maior rapidez e presteza no atendimento, além de maior facilidade para a realização de exames. Mesmo para aqueles que buscaram o serviço público por falta de opção, a escolha entre eles foi feita com base em referências anteriores, ou mesmo por indicação de parentes e vizinhos.

Dentro da categoria *avaliando a qualidade do*

serviço utilizado, foi possível identificar os critérios que os usuários lançam mão para avaliação, os quais são: o acesso; o atendimento; o resultado; e a continuidade da atenção.

Quanto ao acesso, apesar de alguns usuários não terem queixas, outros referem a dificuldade em conseguir consulta médica pelo volume de solicitações; em relação ao laboratório e, conseqüentemente, a demora dos resultados dos exames; e a dificuldade em conseguir medicamentos, pelas suas poucas condições de comprá-los.

A maioria dos usuários afirma que os profissionais dispensam um bom atendimento, isto é, são bem tratados. Embora esta não seja uma regra geral, (depende do profissional), alguns não têm um bom relacionamento, até chegam a tratar os usuários com indiferença. Neste caso, os usuários que reclamaram estavam entre aqueles que buscavam o serviço para as atividades preventivas. Quando a criança estava dependendo de cuidados médicos, o que mais prevaleceu foi se o resultado foi positivo; neste caso, eles gostavam do atendimento.

As maiores queixas estavam relacionadas à falta de continuidade da assistência; primeiro, pela falta de informações e, segundo, pela dificuldade de acesso.

Nesse sentido, observa-se que a adequação da oferta de serviços corretamente dimensionados para a solução de problemas de saúde prementes da população de crianças menores de cinco anos de idade, como previsto no PAISC, não vem sendo observada, gerando dificuldades de acesso e continuidade da assistência, além das dificuldades para resolver os problemas das crianças e alcançar a qualidade desejada, fugindo assim do princípio da adequação.

Os motivos que levaram os usuários a buscarem um serviço de saúde, justificam as falas em relação à identificação dos setores e dos profissionais que atendem no PAISC:

Muito embora o PAISC priorize as ações de cunho preventivo, os profissionais que atendem às crianças nesses setores, principalmente a enfermeira que faz o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, não são identificados ou, muitas vezes, são confundidos com o profissional médico.

Este fato pode refletir a dificuldade dos usuários de reconhecimento dos papéis dos diversos profissionais que prestam serviço, daí a

necessidade de identificação dos atores.

Quanto à ajuda recebida, os usuários afirmam que procuram os serviços que fornecem medicação gratuitamente, uma vez que os remédios são caros e eles não dispõem de recursos para comprar; assim como, aqueles que recebem ajuda de medicação, avaliam o serviço como satisfatório.

Em relação aos resultados da assistência, os informantes desta subcategoria afirmam ter solucionado seus problemas a nível da rede básica.

Portanto, as sugestões propostas pelos usuários na categoria *precisando melhorar* refletem suas necessidades em relação à falta de disponibilidade de serviços de saúde, à falta de continuidade e coordenação dentro da rede, e à falta de gerenciamento com vistas à gestão de qualidade dentro dos serviços públicos, além da falta de recursos materiais (medicamentos) que atendam a clientela. Portanto, as sugestões recaíram sobre o aumento de médicos; presença de laboratórios em todas as unidades; distribuição gratuita de medicamentos e cumprimento do horário por parte dos funcionários, principalmente o médico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacando o caráter provisório das conclusões neste tipo de pesquisa, podemos afirmar que:

- a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sob a perspectiva dos usuários é um processo contínuo que, ao longo do tempo, vai sofrendo mudanças conforme o momento vivenciado, assim como, de acordo com a percepção que o usuário tem do processo saúde-doença, que também é dinâmico, a forma de organização dos serviços e a classe social da clientela, fator considerável da determinação da consciência de cidadania.
- A avaliação é um processo contínuo, a decisão do usuário de procurar um determinado serviço é tomada com base em avaliações anteriores e, a cada momento, novos aspectos estão sendo avaliados.
- A avaliação, por parte do usuário, embora coloque alguns aspectos do sistema, está direcionada, basicamente, para o cuidado médico, o que reflete o modelo de assistência vigente.
- A satisfação do usuário depende do motivo que o levou a buscar o serviço. Quando a busca é por serviços preventivos, ele valoriza mais a relação

interpessoal, enquanto para os que procuram os serviços curativos, a eficácia é mais valorizada. - Quanto ao PAISC, a visão do usuário reflete o que vem sendo observado nos serviços, ou seja, uma visão curativa, individualizada, que não responde às necessidades coletivas da população, nem vão de encontro ao quadro de morbi-mortalidade infantil. Portanto, afirmamos a necessidade de implantação de um programa permanente de avaliação para

administradores, prestadores e usuários, visando: a) continuação de estudos e projetos de pesquisa nesta área, procurando aprofundar os instrumentos de análise; b) implantação de um programa de controle de qualidade; c) educação para o consumo; d) conscientização do cidadão, enquanto gerente/prestador, do compromisso com a qualidade nos serviços; e) instituição, nas escolas, de educação sobre os direitos e deveres dos usuários.

ABSTRACT: This paper presents results from research that used a qualitative approach to identify evaluation criteria from an user viewpoint, and tries also to evaluate the work of the Whole Care for Children's Health Program (WCCHP), which directs actions in the children care services at the basic level. Dates were obtained through partly structured interviewing at home with ten adults in charge of children registered in October 1992 at four units of the Barra-Rio Vermelho District. Through a simultaneous process of gathering and analyzing dates, using a content analysis technique it was possible to classify the results in five groups: "motivations to look for the service; having expectations; "choosing" a health service; evaluating the service used; and suggesting improvements. The evaluation criteria found are closely related to: access; interpersonal relation; results; and continuing care, which possess different value degrees according to the motives for service need. The results of the evaluation show that the model of clinical assistance and the form organization of the services do not fulfill the objectives of PAISC, breeding access difficulties, and poor results on account of the lack of material resources, coordination and care continuity.

KEYWORDS: Evaluation - Quality of health care - Child care - User

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACÚRCIO, Francisco de Assis, CHERCHIGLIA, DONABEDIAN, Avedis, Mariângela Leal, SANTOS, Max André dos. Avaliação da qualidade de serviços de saúde. *Revista Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, n.33, p.50-53, dez. 1991.
2. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Rio de Janeiro: Ed.70, 1991. 225p. Tradução de L'Analyse de Contenu.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Cento de Documentação. *Assistência integral à saúde da criança: ações básicas*. Série B. Brasília, 1984, 19p. (Textos básicos de saúde,7).
4. _____. Ministério da Criança. Projeto Minha Gente. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1991, 110p.
5. CÉSAR, A.L.M., FREITAS, H.E. *Distribuição espacial de doenças transmissíveis num distrito sanitário de Salvador*. Salvador: DMP-UFBA - Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho, s.d., 34p.
6. DONABEDIAN, Avedis. The definition of quality and approaches to its assessment. In : *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: Health Administration Press, 1980, v.1.
7. DONABEDIAN, Avedis. *Qualidade dos serviços de saúde*. 1979, 6p. (Notas mimeo.)
8. KONDER, Leandro. *O que é dialética*. 23. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1992. 87p. (Coleção Primeiros Passos)
9. LEI 8.078 de 11 de setembro 1990. *Código de defesa do consumidor*. São Paulo: Jaleco, 1990.
10. LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992, 269p.
11. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992, 269p.
12. NOGUEIRA, Roberto, Passos. *Conceitos e princípios para programas de gestão de qualidade em serviços de saúde*. Rio de Janeiro, fev. 1993, 30p. (mimeo).
13. _____. *Perspectiva da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1994, 155p.

14. OLIVEIRA, Cátia Gomes de. *Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992, 36p.
15. SZWARCOWALD, Célia Landman, LEAL, Maria do Carmo, JOURDAN, Ângela M.F. Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro In: LEAL, Maria do Carmo et al. (Org). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992, v.2. p.251-278.
16. TEBOUL, James. *Gerenciando a dinâmica da qualidade*. Tradução por Heloisa Martins Costa. Rio de Janeiro: QualityMark, 1991. 292 p. II. Tradução de: La Dynamique Qualité.
17. UNICEF. INAN. *Perfil de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil*, 1989. 129p.
18. UNICEF. CBIA. *Bahia: suas crianças e adolescentes. O que está acontecendo?* Salvador, 1991, 139p.
19. VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. *Revista divulgação em saúde para debate*. Londrina: CEBES, n.3, p.17-25. fev. 1991.
20. _____. *El control de calidad en los servicios: conceptos y metodología*. Tradução por Rosa Delgado Vila. Barcelona: Masson, 1988. 135p. Tradução de : Quality assurance of health services.

Recebido para publicação em 20.4.95.

Aprovado para publicação em 15.6.95.