

Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da Zona Urbana

Index of Responsiveness of the Urban Family Health Strategy in Urban Areas

Helena Eri Shimizu¹

Evelyn de Britto Dutra¹

Josélia de Souza Trindade¹

Monique Santos de Mesquita¹

Máira Catharina Ramos¹

Descritores

Estratégia saúde da família; Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Qualidade da assistência à saúde

Keywords

Family health strategy; Health evaluation; Primary health care; Family health; Quality of health care

Submetido

4 de Março de 2016

Aceito

20 de Junho de 2016

Autor correspondente

Máira Catharina Ramos
Campus Universitário Darcy Ribeiro,
70910-900, Brasília, DF, Brasil.
mairacramos@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600046>



Resumo

Objetivo: Avaliar o Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família das áreas urbanas do Distrito Federal.

Métodos: Estudo descritivo exploratório. Aplicou-se um questionário entre os dias 1 de maio a 31 de julho de 2014 com 242 usuários, que continha as dimensões de responsividade: a) respeito pelas pessoas: dignidade, confidencialidade, autonomia, comunicação; b) orientação para o cliente: instalações, escolha profissional, agilidade no atendimento e apoio social, que foram utilizadas para o cálculo do Índice de Responsividade.

Resultados: Foram avaliados positivamente a dignidade, com o índice de 0,902 (excelente), a confidencialidade, com 0,838 (muito bom), a comunicação, com 0,833 (muito bom), o apoio social, com 0,814 (muito bom) e a autonomia, com o índice de 0,746 (bom). As instalações e agilidade foram avaliadas como regular, com os índices 0,649 e 0,613, respectivamente. A dimensão de escolha do profissional foi avaliada como péssimo com o índice de 0,169.

Discussão: Verificou-se que tiveram os melhores índices de responsividade as dimensões voltadas para o respeito pelas pessoas, que inclui o ser tratado com dignidade, ter a garantia da confidencialidade, e ter boa comunicação com os profissionais. A autonomia do usuário revelou-se como um atributo que deve ser melhorado pelos profissionais. As dimensões atinentes à orientação para o cliente obtiveram os piores índices, exceto o apoio social. Foram consideradas regulares as instalações e insatisfatórias a agilidade e a possibilidade de escolha profissional.

Conclusão: As unidades da ESF devem melhorar no aspecto orientação para o cliente, sobretudo no que se refere à infraestrutura e articulação com a rede de atenção.

Abstract

Objective: To evaluate the Family Health Strategy Index of Responsiveness in urban areas of the Federal District.

Methods: This is an exploratory descriptive study. A questionnaire was applied from May 1 to July 31, 2014 approaching 242 users with the following dimensions of responsiveness: a) respect the people: dignity, confidentiality, autonomy, communication; b) orientation to client: facilities, selection of professional, agility in services and social support that were used to calculate the Index of Responsiveness.

Results: The following dimensions have been evaluated as positive: dignity with an index of 0.902 (excellent); confidentiality with 0.838 (very good); communication with 0.833 (very good); social support with 0.814 (very good); and autonomy with an index of 0.746 (good). Facilities and agility were evaluated as regular with indexes of 0.649 and 0.613, respectively. The dimension of selection of professional was evaluated as poor, with an index of 0.169.

Discussion: The best indexes of responsiveness were found in dimensions focused on respect for people, including being treated with dignity, assurance of confidentiality and good communication with professionals. User's autonomy appeared as an attribute to be improved by professionals. The dimensions related to orientation to client performed worst, except for social support. Facilities were considered to be regular, while agility and possibility of selection of professional were unsatisfactory.

Conclusion: The Family Health Strategy (FHS) units should improve the aspect of orientation to client, mainly regarding infrastructure and coordination with the health care network.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou destaque internacional, abriu debates para sua expansão visando à melhoria do desempenho do sistema de saúde. No Brasil, a APS é compreendida como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, que apresenta uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação desta como parte e como coordenadora de uma Região Administrativa.⁽¹⁾ A expansão da APS vem ocorrendo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), devido à capacidade de reduzir as iniquidades na utilização dos serviços,^(2,3) sobretudo por meio da expansão do acesso aos serviços básicos de saúde.

Todavia, estudos mostram que tem sido um grande desafio consolidar a APS nos grandes centros urbanos, sobretudo a ESF nas cidades com mais de 100 mil habitantes, por abarcar as maiores disparidades em relação às possibilidades de melhoria das condições de vida da população.⁽³⁾ Destarte, as disparidades em saúde referem-se às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos ou regionais distintos. Esses padrões diferenciados de saúde são determinados por diversos aspectos: investimento desigual de recursos para a saúde, carência de investimento em políticas sociais. Como consequência, as desigualdades em saúde podem ser agravadas em razão de determinantes demográficos e ambientais, e de acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais.⁽⁴⁾

Acrescenta-se, ainda, que nos últimos tempos, o processo de globalização alterou a dinâmica das grandes cidades, gerando muitas contradições, e, principalmente, aprofundando as desigualdades sociais. A heterogeneidade da pobreza é ampliada, dentre outros fatores, pelas diferentes condições de acesso a bens e serviços essenciais, que inclui os serviços de saúde. Nesse contexto, a ESF enfrenta maiores dificuldades para desenvolver ações intersectoriais que efetivamente reduzam a iniquidades.⁽⁵⁾

O Distrito Federal apresenta características semelhantes às das grandes metrópoles, logo, enfrenta diversos problemas relacionados com o processo de urbanização desorganizado, adensamento

populacional, desigualdades sociais que dificultam a atuação da ESF.

A ESF foi implantada, no DF, em 1997, iniciando-se pelas áreas mais distantes e pobres. Gradativamente, houve expansão das unidades de ESF, mas a cobertura tem sido predominantemente baixa, sendo ampliada mais recentemente para 13,24%. A rede de Atenção Básica é composta por 68 centros de saúde, 03 unidades mistas, 39 postos de saúde urbanos e rurais, 39 equipes de Saúde da Família, 17 equipes de saúde bucal e 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família.⁽⁶⁾ Outra limitação na efetivação da atenção básica é a coexistência de grande número de centros de saúde tradicionais, que dificulta a mudança do modelo médico hegemônico para o modelo sanitarista.

Ademais, no DF, o acesso aos serviços básicos de saúde tem sido bastante problemático devido às características do atendimento, às barreiras organizacionais e geográficas, que contribui para que o usuário tenha como a principal porta de entrada os serviços de emergências de hospitais. Dessa feita, o acesso que é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde, bem como a acessibilidade, que constitui elemento central para que se atinja a atenção ao primeiro contato, à medida que possibilita a chegada das pessoas aos serviços,⁽⁷⁾ precisa ser melhorado no DF.

Mais recentemente, algumas unidades da ESF do DF aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) com finalidade de fortalecer o processo de mudança de atenção, tendo a APS como coordenadora do cuidado. Trata-se de mais um investimento para aprimorar a APS, especificamente na ESF, mas que necessita de avaliação, sobretudo na perspectiva dos usuários que percebem diretamente os resultados dos serviços.⁽⁸⁾

É necessário avaliar a responsividade, que se refere ao quanto o sistema de saúde se ajusta às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não médicos do cuidado, ou seja, os elementos não diretamente ligados ao estado de saúde. Ademais, propõe-se identificar como o usuário foi atendido e não como ele se sente com o atendimento, o que envolve a dimensão ética do cuidado. Esses aspectos têm sido pouco avaliados, porque tem sido dada maior ênfase aos estudos de satisfação dos usuários.⁽⁹⁾

É importante destacar que os usuários raramente têm sido chamados a avaliar os serviços que utilizam, por ser entendido como atribuição apenas do gestor. Portanto, justifica-se a necessidade de estudos que aprofundem as suas expectativas em relação aos cuidados recebidos nos serviços de saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar, na perspectiva dos usuários, a Responsividade da Estratégia Saúde da Família urbana participantes do PMAQ localizadas nas áreas urbanas do Distrito Federal, DF.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e exploratório, na medida em que descreve os fatos da realidade para proporcionar maior familiaridade com o problema. Foi realizado no Distrito Federal, capital do Brasil, que possui 31 Regiões Administrativas (RA's) e 15 Diretorias Regionais de Saúde (DRS). A população aferida no censo do IBGE de 2010 era de 2.570,160 habitantes. Trata-se de uma população relativamente jovem, fruto de migração no passado recente. A projeção do IBGE para 2030 no DF e na Periferia Metropolitana de Brasília (PMB) será de cinco milhões de habitantes.

Para a determinação do tamanho da amostra considerou-se o número total de usuários das Unidades da ESF do Distrito Federal que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que totalizaram 55.681, considerando-se unidades de saúde urbanas e rurais. O erro amostral adotado foi de 5% e nível de confiança de 95%, resultando numa amostra de 382 usuários em zona urbana e rural.

Por considerar importante a inclusão proporcional de números de usuários de cada uma das unidades de saúde, optou-se por realizar uma amostra estratificada simples em 16 unidades de saúde na zona urbana distribuídas nas seguintes Regiões Administrativas: uma unidade de saúde em Ceilândia (13 usuários), uma unidade de saúde na Estrutural (16 usuários), oito unidades de saúde no Gama (128 usuários), uma unidade de saúde no Itapuã (6 usuários), uma unidade de saúde no Paranoá (17 usuários), uma unidade de saúde no Recanto das Emas

(16 usuários), uma unidade de saúde em Samambaia (10 usuários), uma unidade de saúde em Sobradinho II (17 usuários) e uma unidade de saúde em Taguatinga (17 usuários). Na zona urbana a amostra de usuários totalizou 242, excluindo a amostra de uma unidade de saúde que foi desativada e de estratos que estavam se referindo a mesma unidade.

Por considerar importante a inclusão proporcional de números de usuários de cada Região Administrativa, optou-se por realizar uma amostra estratificada simples, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra de usuários por Região Administrativa, conforme usuários cadastrados nas unidades básicas de saúde

Região administrativa	Número de usuários
Ceilândia	13
Estrutural	16
Gama	128
Itapuã	6
Paranoá	17
Recanto das Emas	16
Samambaia	10
Sobradinho II	19
Taguatinga	17
Total	242

Foram considerados critérios de inclusão: os usuários com idade igual ou superior a 19 anos, que utilizavam o serviço regularmente, há mais de três meses. Foram excluídos os usuários que não faziam uso regular do serviço e os que não possuíam condições físicas e mentais para responder o questionário. O aspecto mais importante em relação à utilização ao serviço é o vínculo do usuário com a equipe de saúde da família, portanto, o público alvo da pesquisa foram os usuários que tinham ao menos uma vez o acompanhamento da equipe.

A coleta de dados foi realizada de maio a julho de 2014 em diferentes dias e turnos (manhã/tarde). Os usuários foram abordados na sala de espera para consultas, para retirar medicação, para marcação de consultas e para realizar exames. O tempo médio para aplicação do questionário foi de 15 minutos.

Utilizou-se a metodologia desenvolvida e validada por Andrade, Vaitsman e Farias (2010),⁽⁹⁾ aplicado em unidade de alta complexidade, mas que não exclui a adaptação e uso do Índice de Responsividade do Serviço (IRS) em outros tipos de serviços de atenção à saúde. O IRS é estruturado para avaliar duas dimensões: 1)

o respeito pelas pessoas, que engloba os aspectos éticos envolvidos na interação das pessoas com o sistema de saúde, sendo a dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação; e, 2) a orientação para o cliente, que inclui os componentes que influem na satisfação do paciente, mas que não estão diretamente ligados com o cuidado à saúde, sendo a agilidade, apoio social, instalações e escolha do profissional. Estão descritas a seguir os conteúdos atinentes às dimensões avaliadas.⁽⁹⁾

Ao todo, foram realizadas 28 perguntas fechadas, do tipo *Likert* (sempre, quase sempre, raramente e nunca) e dicotômicas (sim e não). A primeira parte do questionário continha questões relativas à caracterização do perfil do usuário, e a segunda parte, questões relativas à responsividade do serviço. Para a construção do índice, foi atribuído pesos diferentes às respostas: nas perguntas do tipo *Likert*, 10 para sempre, 7 para quase sempre, 3 para raramente e 0 para nunca. Nas perguntas dicotômicas, a resposta “não” recebeu peso 10 enquanto que “sim” recebeu peso igual à zero. Em seguida, os pesos das respostas foram multiplicados à frequência com que cada resposta foi escolhida. Ao fim, somou-se o resultado dessas multiplicações e dividiu-se por 1000. O valor obtido é chamado de escore da pergunta, em que 1 representa o valor máximo relacionado à dimensão do serviço. A escala de interpretação dos escores da pergunta do índice utilizada foi a seguinte: excelente (0,901 a 1), muito bom (0,801 a 0,900), bom (0,701 a 0,800), regular (0,601 a 0,700), ruim (0,401 a 0,600), muito ruim (0,201 a 0,400), péssimo (0,000 a 0,200). Utilizou-se o *software* Stata SE, versão 4.0, para a análise dos dados. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa SES/DF, número 569/2011.

Resultados

Os participantes da pesquisa foram, em sua grande maioria do sexo feminino (77%), com idades entre 19 e 59 anos (81%) e média da idade de 44 anos. A escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo (34%) e ensino fundamental incompleto (22%). A ocupação predominante foi empregado assalariado com carteira assinada (29%), seguido de empregado fa-

miliar não remunerado “dona de casa” (24%). A renda familiar mensal foi de um salário mínimo (45%) e de dois a quatro salários mínimos (42%). O tempo que os usuários frequentam a unidade de saúde concentraram-se em acima de 10 anos (41%).

As dimensões relativas ao respeito pelas pessoas (dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação) foram melhor avaliadas (0,850) quando comparados com a dimensões voltadas à orientação para o cliente (0,608) (agilidade, apoio social, escolha do profissional e instalações), conforme pode ser visto na tabela 2.

Verificou-se que da dimensão atinente ao respeito pelas pessoas (Tabela 2), a dignidade foi avaliada como excelente (0,902). Refere-se ao tratamento com respeito e consideração recebidos nas unidades da ESF, sem sofrer abusos nem maus tratos. Além disso, diz respeito a ser tratado com privacidade e o direito de salvaguarda das informações sobre sua doença. Nesse sentido, ressalta-se que a confidencialidade foi avaliada como muito boa (0,838). Envolve o sigilo de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo inclusive os arquivos médicos confidenciais (exceto se a informação for necessária para outros profissionais de saúde).

Constatou-se também que a dimensão comunicação foi avaliada como muito boa (0,833) (Tabela 2). Refere-se à forma cuidadosa que o profissional de saúde deve ouvir o paciente. Além disso, o profissional de saúde deve dar explicações de forma que o usuário possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.

O respeito à autonomia foi avaliado como bom (0,749) (Tabela 2), que envolve o diálogo entre o profissional e o usuário sobre as opções e alternativas de tratamento. Ademais, o profissional de saúde deve ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.

O apoio social representou a única dimensão da orientação para o cliente que obteve um valor positivo com o conceito de muito bom (0,814) (Tabela 2). Trata-se da permissão da participação de parentes, amigos e membros importantes da comunidade na atenção prestada. Os serviços devem também incluir outros recursos sociais relevantes existentes na comunidade que possam contribuir para ampliar a qualidade da atenção à saúde.

Tabela 2. Índice de Responsividade do Serviço (IRS) conforme as dimensões

Dimensão	Urbana (IC 95%)
Respeito pelas pessoas	0,850(0,843-0,858)
Dignidade	0,902(0,893-0,911)
Confidencialidade	0,838(0,792-0,885)
Autonomia	0,749(0,729-0,768)
Comunicação	0,833(0,820-0,846)
Orientação para o cliente	0,608(0,595-0,621)
Agilidade	0,613(0,585-0,641)
Apoio Social	0,814(0,775-0,854)
Escolha profissional	0,169(0,131-0,208)
Instalações	0,649(0,636-0,661)
Responsividade	0,788(0,781-0,795)

As instalações foram avaliadas como regular (0,649) (Tabela 2). Refere-se à organização e limpeza da unidade. Por fim, verificou-se que a possibilidade de escolha do profissional foi avaliada como péssimo (0,169) (Tabela 2). Diz respeito à possibilidade de poder escolher o profissional que o cuidará.

Quando os resultados são analisados por região administrativa, verifica-se que a regional de Taguatinga recebeu melhores valores do IRS, e entre os que receberam os piores índices estão as regiões de Itapoã e Estrutural (Tabela 3). Quanto à diferença do índice, tem-se que as dimensões que mais apresentaram variações foram apoio social (de 0,550 - ruim a 0,907 - excelente), confidencialidade (de 0,666 - ruim a 1 - excelente 0,334), autonomia (de 0,552 - ruim a 0,816 - bom) e escolha profissional (de 0 - péssimo a 0,264 - péssimo).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram que as dimensões relativas ao respeito pelas pessoas que inclui o ser tratado com dignidade, ter a garantia da confidencialidade, e ter boa comunicação com os profissionais, exceto proporcionar autonomia, foram melhores avaliadas pelos usuários da ESF, do que as dimensões relacionadas à orientação para o cliente: agilidade, escolha profissional e instalações, exceto apoio social. Estes dados sugerem que as equipes das unidades da ESF têm aprimorado as competências éticas e humanísticas para se relacionar com os usuários. Entretanto, é preciso melhorar a infraestrutura do serviço: a ambiência deve ser mais acolhedora, ter maior número de profissionais para garantir a agilidade no atendimento e possibilitar a escolha profissional. Além disso, as unidades da ESF devem ter maior articulação com os outros serviços da rede de atenção.

Um estudo realizado na Nigéria sobre a responsividade do Serviço Nacional de Saúde demonstrou que os usuários avaliaram as dimensões mais comunicação, dignidade e qualidade das instalações como as mais importantes. Todavia, os domínios de autonomia, comunicação e pronta atenção foram identificados como áreas prioritárias de ação para melhorar esta capacidade de resposta do sistema.⁽¹⁰⁾

Em relação ao perfil dos usuários, observou-se que a maior procura dos serviços de saúde, em particular da ESF, foi de indivíduos do sexo feminino, o que mostra

Tabela 3. Índice de Responsividade do Serviço (IRS) por dimensões e regiões administrativas

Regiões Administrativas	Respeito pelas pessoas				Orientação para o cliente				Total
	Dignidade	Confidencialidade	Autonomia	Comunicação	Agilidade	Apoio social	Escolha profissional	Instalações	
Estrutural	0,861 (0,821-0,901)	0,812 (0,597-1)	0,666 (0,580-0,752)	0,785 (0,726-0,845)	0,568 (0,464-0,673)	0,650 (0,437-0,862)	0,081 (0-0,184)	0,568 (0,529-0,608)	0,721 (0,693-0,748)
Itapoã	0,854 (0,782-0,926)	0,666 (0,124-1)	0,552 (0,388-0,717)	0,735 (0,619-0,851)	0,554 (0,368-0,740)	0,550 (0,020-1)	0 (0,043-0,392)	0,721 (0,653-0,789)	0,709 (0,659-0,758)
Paranoá	0,892 (0,856-0,927)	0,823 (0,621-1)	0,589 (0,506-0,671)	0,711 (0,646-0,775)	0,632 (0,530-0,734)	0,788 (0,626-0,949)	0,217 (0,043-0,392)	0,693 (0,642-0,744)	0,741 (0,714-0,769)
Sobradinho	0,901 (0,867-0,935)	0,894 (0,742-1)	0,762 (0,694-0,829)	0,901 (0,864-0,939)	0,632 (0,533-0,732)	0,742 (0,545-0,939)	0,105 (0-0,257)	0,583 (0,523-0,642)	0,794 (0,769-0,818)
Samambaia	0,909 (0,863-0,954)	0,800 (0,498-1)	0,585 (0,469-0,700)	0,741 (0,665-0,817)	0,520 (0,373-0,666)	0,600 (0,302-0,897)	0,140 (0-0,351)	0,613 (0,547-0,680)	0,722 (0,685-0,759)
Gama	0,912 (0,900-0,924)	0,835 (0,770-0,900)	0,790 (0,765-0,814)	0,850 (0,833-0,867)	0,627 (0,589-0,664)	0,867 (0,822-0,912)	0,238 (0,178-0,297)	0,651 (0,632-0,669)	0,806 (0,798-0,815)
Ceilândia	0,910 (0,873-0,948)	1 (0,728-0,881)	0,805 (0,728-0,881)	0,855 (0,802-0,909)	0,657 (0,511-0,802)	0,907 (0,820-0,994)	0,046 (0-0,114)	0,687 (0,670-0,704)	0,820 (0,794-0,847)
Taguatinga	0,907 (0,874-0,939)	0,823 (0,621-1)	0,816 (0,757-0,875)	0,888 (0,851-0,925)	0,673 (0,529-0,817)	0,829 (0,705-0,953)	0,035 (0-0,086)	0,688 (0,651-0,725)	0,821 (0,798-0,844)
Recanto das Emas	0,877 (0,840-0,913)	0,812 (0,597-1)	0,715 (0,644-0,786)	0,815 (0,763-0,867)	0,520 (0,400-0,639)	0,818 (0,637-1)	0,062 (0-0,195)	0,684 (0,643-0,725)	0,771 (0,745-0,796)

Intervalo de Confiança de 95%

a preocupação das mulheres em cuidar da sua saúde. Outros motivos para maior adesão e utilização das mulheres pelos serviços de saúde são explicados pela fisiologia e os ciclos de vida das mulheres que requerem cuidados regulares. Além disso, os serviços e atividades da APS foram tradicionalmente direcionados ao grupo materno infantil, portanto, vem acolhendo sistematicamente mulheres e crianças em suas necessidades.⁽¹¹⁾

A utilização da ESF foi maior pela população com menor nível socioeconômico, demonstrado tanto pelos 87% dos usuários com renda familiar mensal até quatro salários mínimos, quanto pelo alto percentual de pessoas com o primeiro grau incompleto. Estudos mostram que os indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde. Assim, nota-se que a ESF vem mudando esse cenário, diminuindo as desigualdades no processo de utilização de serviços de saúde, ou seja, favorecendo o acesso aos serviços de saúde aos mais necessitados, fortalecendo a equidade.⁽¹²⁾

No que tange as dimensões relativas ao respeito pelas pessoas, obteve destaque o tratamento do usuário com dignidade. Resultado semelhante foi encontrado em estudos realizados na África. A compreensão, respeito, gentileza, não discriminação e clareza representam aspectos indispensáveis para a qualidade do atendimento.⁽¹⁰⁾

A capacidade dos profissionais da ESF de garantir confidencialidade foi avaliada positivamente. A confidencialidade refere-se ao respeito à privacidade, que constitui um preceito moral básico das profissões de saúde e que implica no dever de guardar e reservar dados/informações de terceiros. É um aspecto fundamental na relação profissional-usuário que incentiva questionamento em relação ao tratamento e à doença.⁽¹⁰⁾

A comunicação entre os profissionais e usuários também foi avaliada satisfatoriamente neste estudo. Esta deve quebrar a barreira da assimetria da informação criando novas possibilidades de compreensão e de solução dos problemas percebidos. Muitas vezes, o conhecimento leigo do usuário é desvalorizado, contudo, o profissional de saúde deve saber estabelecer relações de intersubjetividade, de forma que a construção do cuidado em saúde seja conjunta, partindo da aproximação ao mundo da vida dos pacientes.⁽⁷⁾

Entretanto, observou-se neste estudo que os profissionais da ESF têm dificuldade em respeitar a autonomia do usuário. A autonomia refere-se à capacidade de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, ou seja, com adequada informação sobre os procedimentos para diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados. Incorpora também o conceito de *empowerment*, em que os usuários não somente devem ter o direito à informação, mas também de fazer escolhas informadas, isto é, o profissional deve envolver o paciente e sua família nos processos de tomada de decisão. Dessa forma, a autonomia aqui descrita envolve uma relação participativa que contribui para o desenvolvimento da capacidade crítica e reivindicativa dos atores sociais envolvidos.^(10,13)

A autonomia também depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele participe da criação dessas circunstâncias. A autonomia na área da saúde pode ser entendida como autoatenção, definida como as representações e práticas que a população utiliza para prevenir, diagnosticar, explicar e curar os processos que afetam a saúde sem a intervenção direta do profissional, ainda que estes sejam a referência para a atividade da autoatenção. Representa o reconhecimento dos hábitos, condições e costumes dos pacientes, que influencia na decisão da autoprescrição e da forma autonomia de realizar o tratamento.⁽¹⁴⁾

Em realidade, as equipes das ESF precisam incorporar em suas práticas, o autocuidado apoiado definido como a prestação sistemática de cuidados educativos e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades dos usuários dos sistemas de atenção à saúde para gerenciar seus problemas, o que envolve o monitoramento das condições de saúde, o estabelecimento de um plano de cuidados com metas a serem alcançadas e ainda o suporte para a solução desses problemas. Nessa lógica, o autocuidado apoiado fundamenta-se nos seguintes aspectos: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado. A finalidade do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades aos portadores de condições crônicas tomem conhecimento de sua condição de saúde; para decidir e escolher o seu tratamento; além disso, para adotar, mudar e manter comportamentos que favoreçam a sua saúde.⁽¹⁾

Constatou-se neste estudo que a dimensão orientada para o cliente foram pior avaliadas. As Instalações obtiveram índices regulares, o que demonstra que os investimentos previstos para infraestrutura e ambiência na APS não têm sido adequados para manter o ambiente físico no qual o cuidado é provido com arredores limpos, com mobília adequada, com ventilação suficiente, com água limpa, entre outros requisitos, para acolher os usuários de forma satisfatória. Esses dados indicam que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal não tem feito uso adequado do que está disposto na portaria GM n 341, de 4 de março de 2013, que trata de financiamento para reformas de unidades básicas de saúde.⁽¹⁵⁾

A Agilidade também obteve avaliação insatisfatória neste estudo. Nas unidades ainda existe fila de espera, que deve obedecer à ordem de chegada dos usuários. Outro fator que contribui drasticamente para este resultado é o longo tempo de espera para consulta e para tratamento, sobretudo quando necessitam de especialistas. Trata-se de fragilidade da rede de atenção e representa um grande desafio para efetivar a Atenção Básica como a porta de entrada no serviço de saúde e garantir a integralidade da atenção. Isso ocorre porque a Atenção Básica não conseguiu assumir a coordenação da atenção, como consequência os usuários tem buscado os serviços de urgência e emergência de hospitais públicos e até privados como primeiro contato e fonte regular de cuidados. Há que se estabelecer um sistema de regulação com mecanismos de referência e contra referência bem definidos.⁽¹¹⁾

A escolha profissional chamou atenção pelo baixo valor recebido do IRS. Isso ocorre porque cada equipe saúde da família é responsável por, no máximo, 4000 pessoas adscrita no território, portanto, os usuários são atendidos apenas pelos profissionais da equipe que corresponde a sua área de moradia. A equipe é multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Dessa forma, os usuários não têm o direito de escolha profissional e ficam restritos ao acompanhamento daquela equipe na atenção básica. Ocasionalmente os usuários são atendidos pelos profissionais de diferentes áreas de conhecimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que atuam de forma integrada e apoiando os profissionais das equipes de saúde da família.

A possibilidade de escolha dos profissionais, embora ainda não seja possível na APS brasileira, é uma dimensão importante que aumenta a capacidade de resposta do sistema, pois permite o estreitamento da relação entre profissionais e usuários na prestação de cuidados de saúde. Observou-se neste estudo que há diferenças nos IRS de cada Região Administrativa, o que revela a importância da análise da situação de cada localidade. Ademais, estes resultados sugerem investimentos nos processos de trabalho das equipes da ESF, de modo a manter as competências relativas às dimensões voltadas para o respeito pelas pessoas, e melhorar as condições do sistema de saúde local, que incidem sobre as dimensões orientadas para o cliente, sobretudo a agilidade no atendimento e a possibilidade de escolha profissional por meio da melhoria da rede de atenção à saúde.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Destarte, a APS no DF precisa avançar na perspectiva da construção social da APS, pois a estrutura de oferta é muito restrita, como sugerem os resultados deste estudo, provavelmente só é capaz de responder parcialmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas e às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e, por vezes, por atenção domiciliar. Comumente, o modelo baseado na oferta restrita não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas que tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, e por autocuidado apoiado.⁽¹⁾

Além disso, a ESF necessita avançar na perspectiva da intersetorialidade, pois cada vez mais se reconhece que para resolver os problemas complexos da saúde da população urbana, requer-se abordagens que vão além do modelo tradicional de desenvolver políticas. As abordagens sistêmicas de gestão urbana que estimulam a capacidade de gerar co-benefícios têm se mostrado profícua, sobretudo para melhorar a saúde da população.^(16,17)

Uma limitação do estudo é a possibilidade de viés de prevalência, própria do estudo de tipo transversal. Outra possível limitação é o viés de gratidão (*gratitude bias*) que pode estar omisso nesta avaliação, principalmente por se tratar de serviços públicos. O *gratitude bias* pode aparecer pela afinidade que o usuário estabeleceu com os profissionais. Outro viés é o da aquiescência que reflete a influencia da ordem das escalas, diz respeito à tendência do

usuário em concordar com o primeiro item da escala, independente do seu conteúdo.⁽⁹⁾

Conclusão

Verificou-se que tiveram os melhores índices de responsividade na Estratégia Saúde da Família urbano do Distrito Federal as dimensões voltadas para o respeito pelas pessoas, que inclui o ser tratado com dignidade, ter a garantia da confidencialidade, e ter boa comunicação com os profissionais. A autonomia do usuário revelou-se como um atributo que deve ser melhorado pelos profissionais. As dimensões atinentes à orientação para o cliente obtiveram os piores índices, exceto o apoio social. Foram consideradas regulares as instalações e insatisfatórias a agilidade e a possibilidade de escolha profissional. É, pois, necessário maior investimento na infraestrutura da ESF e melhorar a articulação com a rede de atenção do sistema de APS Urbano para permitir o acesso a tempo oportuno aos usuários.

Agradecimentos

À Elizabeth Alves e ao Vítor Átilla do Prado Mendes pela contribuição na coleta de dados. Ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia pelo financiamento da pesquisa (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa. Título: “Estudo das inovações no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, especialmente da enfermagem”. Processo nº 306023/2013-0).

Colaborações

Shimizu HE declara que contribuiu para a concepção do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Dutra EB, Trindade JS, Mesquita MS e Ramos MC declaram que contribuíram na redação do artigo e na revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde [Internet]; 2015 [citado 2016 Maio 16]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
- David GC, Shimizu HE, Silva EN. [Primary Health care in Brazilian municipalities: efficiency and disparities]. *Saúde em Debate*. 2015; 39:232-45. Portuguese.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2012 [citado 2015 nov 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Galvarro MP, Faria ER, F MA, Souza GJ. [Regional inequalities in health in the state of Minas Gerais]. *RAHIS*. 2012; 8(8):12-27. Portuguese.
- Portela GZ, Ribeiro JM. [The economic-financial sustainability of the Family Health Strategy in large municipalities]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1719-32. Portuguese.
- Governo do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde (2012 a 2015). SUS DF: Construindo o seu melhor plano de saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2012 [citado 2016 Maio 16]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodesplan_2012_2015%201.pdf. Portuguese.
- Borges R, D'Oliveira AF. [The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina.] *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):461-72. Portuguese.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. [Health closer to you - Improvement Access and Quality National Program of Primary Health Care - Instructional manual]. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2012 [citado 2015 Nov 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Portuguese.
- Andrade GR, Vaitzman J, Farias LO. [Methodology for developing a health service responsiveness index (SRI)]. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(3):523-34. Portuguese.
- Mohammed S, Bermejo JL, Soares A, Sauerborn R, Dong H. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: user's perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:502.
- Brandao AL, Giovanella L, Campos CEA [Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):103-14. Portuguese.
- Oliveira LS, Almeida LG, Oliveira MA, Gil GB, Cunha AB, Medina MG, et al. [Access to primary health care in a sanitary district of Salvador]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11). Portuguese.
- Marques FJ, Hossne WS. The doctor-patient relationship under the influence of the bioethical reference point of autonomy. *Rev Bioética*. 2015; 23(2):304-10.
- Haeser LM, Buchele F, Brzozowski FS. [Considerations on autonomy and health promotion]. *Physis*. 2012; 22(2):605-20. Portuguese.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 341, de 4 de março de 2013. [Internet] 2013 [citado 2016 maio 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0341_04_03_2013.html.
- Diez Roux AV. Health in cities: is a systems approach needed? *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):9-13.
- Sanchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, Garcia-Perez S, Santamera AS. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare Project. *Quality Primary Care*. 2014; 22:147-55.
- Rodrigues AV, Vituri, DW, Haddad MC, Vannuchi MT, Oliveira WT. Nursing care responsiveness from the client's view. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6):1446-52.